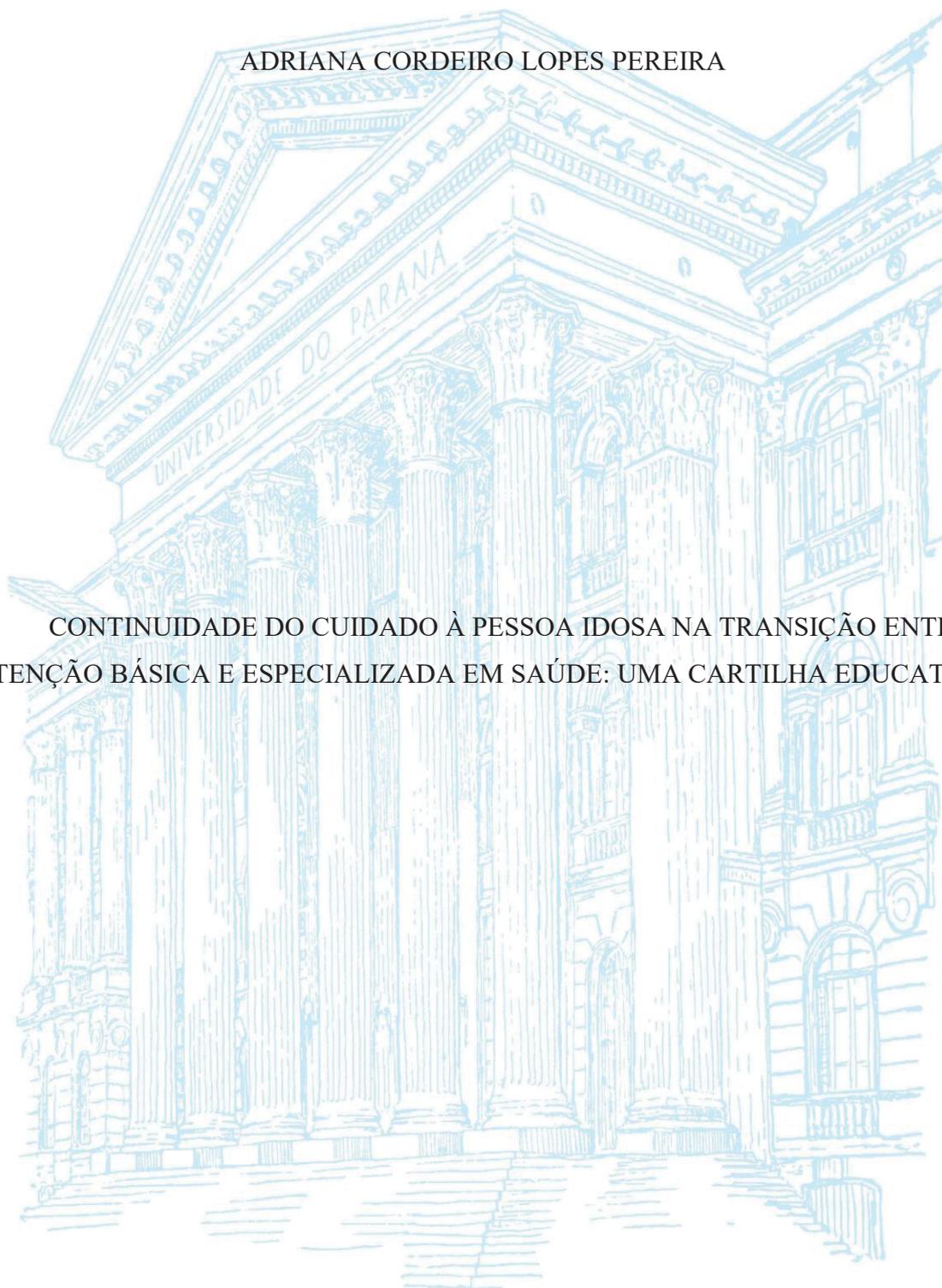


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANA CORDEIRO LOPES PEREIRA

CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO ENTRE A
ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA EM SAÚDE: UMA CARTILHA EDUCATIVA



CURITIBA

2021

ADRIANA CORDEIRO LOPES PEREIRA

CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO ENTRE A
ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA EM SAÚDE: UMA CARTILHA EDUCATIVA

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prática do Cuidado em Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas de Educação,
Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Daiana Kloh Khalaf
Coorientadora: Profa. Dra. Rafaela Gessner
Lourenço.

CURITIBA

2021

Pereira, Adriana Cordeiro Lopes

Continuidade do cuidado à pessoa idosa na transição entre a Atenção Básica e especializada em saúde [recurso eletrônico]: uma cartilha educativa / Adriana Cordeiro Lopes Pereira – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Daiana Kloh Khalaf

Coorientadora: Profa. Dra. Rafaela Gessner Lourenço

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Longitudinalidade do cuidado ao paciente. 3. Envelhecimento. 4. Educação permanente. I. Khalaf, Daiana Kloh. II. Lourenço, Rafaela Gessner. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 610.734



MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE -
40001016073P0

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de ADRIANA CORDEIRO LOPES PEREIRA intitulada: CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA TRANSIÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E ESPECIALIZADA EM SAÚDE: UMA CARTILHA EDUCATIVA, sob orientação da Profa. Dra. DAIANA KLOH KHALAF, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra 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, 03 de Setembro de 2021.

Assinatura

Eletrônica

03/09/2021

16:46:21.0

DAIANA

KLOH

KHALAF

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura

Eletrônica

03/09/2021

17:30:59.0

SHIRLEY

BOLLER

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura

Eletrônica

03/09/2021

16:48:16.0 RAFAEL

GOMES

DITTERICH

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Prof. Lothario Meissner - Curitiba - Paraná - Brasil
CEP 80060-000 - Tel: (41) 3361-3626 - E-mail: mestradoprofissionalenfermagem@ufpr.br
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 109272
Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 109272

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos profissionais trabalhadores da Atenção Básica em Saúde, que sempre estão à lutar por condições dignas de atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde.

EPÍGRAFE

“Os sonhos não determinam o lugar que você vai estar, mas produzem a força necessária para tirar do lugar em que está”. (Augusto Cury).

AGRADECIMENTOS

Deus pelo seu infinito amor e bondade, por sempre estar presente em minha vida, me inspirar, guiar e fortalecer em toda esta caminhada. À minha família que amo tanto e por ser meu porto seguro. Em especial ao meu pai Orlando Lopes Pereira e minha mãe Marlene Cordeiro (in memoriam), pelo amor incondicional e pela educação a mim dispensada. Minha mãe, exemplo de mulher virtuosa, grande responsável e incentivadora pela minha trajetória na enfermagem e por sempre interceder por mim em suas orações. Ao meu irmão Antonioni Emanuel Lopes Pereira, por ter sido meu parceiro de toda a vida, inclusive de profissão, juntos vivenciamos todas as dificuldades, angústias e alegrias da vida profissional, admiro como pessoa e profissional, obrigado por todo o apoio durante esta etapa da minha vida. Ao meu esposo, obrigada pelo companheirismo, aos meus filhos Matheus e Felipe Pereira Calado, por serem a razão de toda minha vida. À minha orientadora Profa. Dra. Daiana Kalaf Kloh, e a Coorientadora Profa. Dra. Rafaela Lourenço Gessner, que me guiaram nesta trajetória acadêmica para concretização deste estudo. Só tenho a agradecer pela serenidade, dedicação, carinho, incentivo e principalmente por sempre demonstrar otimismo, amenizando assim os momentos de angústia que me permearam, as admiro imensamente. Às professoras que fazem parte da banca de avaliação, titulares, suplentes Profa. Dra. Karine Vendruscolo, Profa. Dra. Susane Betioli, Profa. Dra. Shirley, Prof. Dr. Rafael Dietrich, primeiramente por aceitarem o convite e por disponibilizarem tempo para leitura e contribuir com o aprimoramento deste estudo, minha gratidão e admiração. À Prefeitura Municipal de Colombo, que permeou o processo de concessão de liberação para realização do mestrado, contribuindo na minha formação profissional. À enf. mestranda Aline Rigo Esteves, enf.a esp. Andressa Lipinski, e o médico Hernando Pereira, pela amizade, apoio e companheirismo em cada etapa e principalmente durante a etapa inicial e coleta de dados. A todos os profissionais de enfermagem da Prefeitura que participaram do estudo, minha imensa gratidão pela maravilhosa experiência vivenciada. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Curso de Mestrado Profissional da UFPR, em especial a todos os docentes que proporcionaram significativos momentos de aprendizado. Ao grupo de pesquisa NESC, pela forma carinhosa como fui recebida e pela importante experiência de compartilhar conhecimentos. Em especial à enf.a me. Valéria Gallo, me faltam palavras para lhe agradecer, obrigada pela parceria, companheirismo, pelos esclarecimentos das dúvidas, por dividir comigo seus conhecimentos, aos colegas da turma do mestrado, foram enriquecedores todos os momentos que passamos juntos.

A todos os profissionais da unidade com os quais tive o prazer de trabalhar minha gratidão pela compreensão e incentivo. A todos os colegas e amigos, pessoas que direta ou indiretamente, contribuíram, acreditaram e torceram por mim.

RESUMO

Introdução: Este trabalho é uma Tecnologia Educacional no formato de Cartilha digital e audiobook sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa, na transição entre Atenção Básica e especializada em saúde. Buscou-se responder a seguinte **questão de pesquisa:** Quais as informações norteadoras para o desenvolvimento de uma tecnologia educacional sobre a continuidade e a transição do cuidado à pessoa idosa entre a Atenção Básica em Saúde e o Ambulatório? Os **objetivos** do estudo foram: conhecer a percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa, e desenvolver uma cartilha introdutória sobre a continuidade e a transição do cuidado à pessoa idosa entre a Atenção Básica em Saúde e o Ambulatório. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em três fases. A primeira fase: o diagnóstico situacional em que foi apresentado o problema de pesquisa; segunda fase: ocorreu o levantamento do conteúdo a partir de entrevistas com 16 enfermeiros da Atenção Básica em Saúde do município de Colombo-Paraná. Estas entrevistas ocorreram entre os meses de dezembro de 2020 e fevereiro de 2021 e foram analisadas a partir da análise de conteúdo proposto por Bardin (2016). As categorias analíticas foram discutidas com a literatura científica, gerando os conteúdos da cartilha. A última fase corresponde à formulação e montagem da cartilha, integrando conteúdo, diagramação, ilustrações, assim como podcast e QR Code. **Resultados:** O produto desta dissertação resultou em um material educativo no formato cartilha digital e audiobook ao qual permitiu a integração do ensino e serviço com intuito de fortalecer o conhecimento técnico-científico da enfermagem e saúde coletiva. Através da percepção dos entrevistados, emergiram categorias empíricas: A continuidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Básica em Saúde; Estratégias identificadas para garantir a continuidade e a transição do cuidado à pessoa idosa entre a Atenção Básica em Saúde e o Ambulatório. A partir destas, originou-se a cartilha intitulada “Introdução à continuidade e a transição do cuidado à pessoa idosa entre a Atenção Básica em Saúde e o Ambulatório” contendo os seguintes conteúdos: Rede de Atenção à Saúde, continuidade e transição do cuidado, estratégias para realização do cuidado e transição do cuidado à pessoa idosa e estratégias para a realização da continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa. Além do conteúdo teórico a cartilha conta com cinco podcasts sendo os quatro primeiros voltados a apresentação oral do conteúdo e o último uma entrevista com enfermeiro expertise em continuidade e transição do cuidado. As ilustrações, cores e diagramação foram elaboradas por uma profissional em artes visuais com o objetivo de dialogar com o conteúdo e os leitores. **Considerações finais:** A tecnologia educacional, através de uma cartilha educativa é uma ferramenta viável e oportuna. Estratégia eficaz para ser utilizada na educação permanente dos profissionais da atenção básica em saúde. Tem potencial para gerar impacto e aplicabilidade a todos os profissionais de saúde, pois será disponibilizado em plataforma virtual, após o registro de direitos autorais. Contribuindo na viabilização da continuidade e transição do cuidado no processo de trabalho.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; longitudinalidade do cuidado ao paciente; Envelhecimento; educação permanente

ABSTRACT

Introduction: This work is an Educational Technology in the format of a digital booklet and audiobook on the continuity of care for the elderly, in the transition between Primary Care and specialized in health. We sought to answer the following **research question:** What are the guiding information for the development of an educational technology on the continuity and transition of care for the elderly between Primary Health Care and the Outpatient Clinic? **The objectives** of the study were: to know the nurses' perception about the continuity of care for the elderly, and to develop an introductory booklet on the continuity and transition of care for the elderly between Primary Health Care and the Outpatient Clinic. **Method:** This is a methodological, descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, developed in three phases. The first phase: the situational diagnosis in which the research problem was presented; second phase: the content was surveyed based on interviews with 16 nurses from Primary Health Care in the city of Colombo-Paraná. These interviews took place between December 2020 and February 2021 and were analyzed based on the content analysis proposed by Bardin (2016). The analytical categories were discussed with the scientific literature, generating the contents of the booklet. The last phase corresponds to the formulation and assembly of the booklet, integrating content, layout, illustrations, as well as podcast and QR Code. **Results:** The product of this dissertation resulted in an educational material in digital booklet and audiobook format, which allowed the integration of teaching and service in order to strengthen the technical-scientific knowledge of nursing and collective health. Through the interviewees' perception, empirical categories emerged: The continuity of care for the elderly in Primary Health Care; Strategies identified to ensure the continuity and transition of care for the elderly between Basic Health Care and the Outpatient Clinic. From these, the booklet entitled "Introduction to the continuity and transition of care for the elderly between Primary Health Care and the Outpatient Clinic" was created, containing the following contents: Health Care Network, continuity and transition of care, strategies for carrying out care and transitioning care for the elderly and strategies for carrying out the continuity and transition of care for the elderly. In addition to the theoretical content, the booklet has five podcasts, the first four aimed at the oral presentation of the content and the last an interview with a nurse with expertise in continuity and transition of care. The illustrations, colors and layout were prepared by a professional in visual arts with the aim of dialoguing with the content and readers. **Final considerations:** The educational technology, through an educational booklet, is a viable and opportune tool. Effective strategy to be used in the continuing education of primary health care professionals. It has the potential to generate impact and applicability to all health professionals, as it will be made available on a virtual platform, after copyright registration. Contributing to enabling the continuity and transition of care in the work process.

Keywords: primary health care; longitudinality of patient care; aging; permanent education

LISTA DE FIGURAS

| | | | |
|-----------|---|--|----|
| FIGURA 1 | – | MAPA DE COLOMBO..... | 44 |
| FIGURA 2 | – | MAPA DE BAIRROS DE COLOMBO..... | 45 |
| FIGURA 3 | – | ESTRUTURA DA DIAGRAMAÇÃO DA CARTILHA..... | 54 |
| FIGURA 4 | – | REPRESENTAÇÃO DOS TEMAS DE INTERESSE PARA A CARTILHA QUE CONSTAM NO CAPÍTULO 1..... | 66 |
| FIGURA 5 | – | ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS NA CATEGORIA 2..... | 77 |
| FIGURA 6 | – | PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA..... | 86 |
| FIGURA 7 | – | EXEMPLO DE ILUSTRAÇÃO DA CARTILHA..... | 89 |
| FIGURA 8 | – | PÁGINA INICIAL DO PRIMEIRO CAPÍTULO DA CARTILHA..... | 90 |
| FIGURA 9 | – | PÁGINA INICIAL DO SEGUNDO CAPÍTULO DA CARTILHA..... | 91 |
| FIGURA 10 | – | PÁGINA INICIAL DO TERCEIRO CAPÍTULO DA CARTILHA..... | 92 |
| FIGURA 11 | – | PÁGINA INICIAL DO QUARTO CAPÍTULO DA CARTILHA..... | 93 |
| FIGURA 12 | – | LINK PARA OS <i>PODCASTS</i> AO FINAL DO CAPÍTULO..... | 94 |
| FIGURA 13 | – | EXEMPLO DE <i>QR CODE</i> PARA VISUALIZAÇÃO DA CARTILHA..... | 94 |
| FIGURA 14 | – | CARTAZ DE APRESENTAÇÃO DA CARTILHA..... | 95 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|----------|--|----|
| QUADRO 1 | – CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 49 |
| QUADRO 2 | – ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 51 |
| QUADRO 3 | – CATEGORIAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 52 |
| QUADRO 4 | – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 52 |
| QUADRO 5 | – SÍNTESE DE CONTEÚDO DA CARTILHA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 56 |
| QUADRO 6 | – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 88 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|---|----|
| TABELA 1 | – CADASTROS ATIVOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 46 |
| TABELA 2 | – POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UMS SELECIONADAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 46 |
| TABELA 3 | – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 59 |
| TABELA 4 | – CARACTERIZAÇÃO DE FORMAÇÃO DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021..... | 60 |

LISTA DE SIGLAS

| | | |
|---------|---|---|
| AB | – | Atenção Básica |
| ABS | – | Atenção Básica em Saúde |
| APS | – | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | – | Centro de Atenção Psicossocial |
| CIB | – | Comissão Intergestores Bipartite |
| CID | – | Classificação Internacional da Doença |
| CIT | – | Comissão Intergestores Tripartite |
| CNRS | – | Comissão Nacional da Reforma Sanitária |
| CNS | – | Conselho Nacional de Saúde |
| CTA | – | Centro de Testagem e Aconselhamento |
| ESF | – | Estratégia Saúde da Família |
| IBGE | – | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| ISTs | – | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| IVC | – | Índice de Validade de Conteúdo |
| OMS | – | Organização Mundial de Saúde |
| PCA | – | Pesquisa Convergente Assistencial |
| PNI | – | Política Nacional de Imunização |
| PNSPI | – | Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa |
| RAISI | – | Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso |
| RAS | – | Rede de Atenção à Saúde |
| SAMU | – | Serviço de Atendimento Médico de Urgência |
| SESA-PR | – | Secretaria de Estado de Saúde do Paraná |
| SMS | – | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | – | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | – | Termo de Consentimento Livre Esclarecido |
| TE | – | Tecnologia Educacional |
| UBS | – | Unidade Básica de Saúde |
| UFPR | – | Universidade Federal do Paraná |
| US | – | Unidade de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| | APRESENTAÇÃO | 16 |
| 1 | INTRODUÇÃO | 18 |
| 2 | OBJETIVOS | 24 |
| 3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 25 |
| 3.1 | O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | 25 |
| 3.1.1 | O Sistema Único de Saúde: suas origens, princípios e implementação..... | 25 |
| 3.1.2 | Rede de atenção à saúde: origens, configuração e a importância dos sistemas logísticos..... | 27 |
| 3.1.3 | Referência e contrarreferência..... | 31 |
| 3.2 | POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À POPULAÇÃO IDOSA..... | 32 |
| 3.2.1 | Rede de atenção à pessoa idosa..... | 35 |
| 3.3 | A CARTILHA COMO PROPOSTA DE TECNOLOGIA EDUCATIVA... | 37 |
| 4 | CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO | 41 |
| 5 | MÉTODO | 43 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO..... | 43 |
| 5.2 | PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... | 43 |
| 5.2.1 | Cenário do estudo..... | 44 |
| 5.2.2 | Participantes do estudo..... | 47 |
| 5.3 | LEVANTAMENTO DE CONTEÚDOS..... | 48 |
| 5.3.1 | Coleta de dados..... | 48 |
| 5.3.2 | Tipo de análise..... | 48 |
| 5.4 | FORMULAÇÃO E MONTAGEM..... | 54 |
| 5.5 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 57 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 58 |
| 6.1 | CAPÍTULO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES..... | 58 |
| 6.2 | CAPÍTULO 2 – A CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ABS..... | 61 |
| 6.2.1 | Percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado na ABS..... | 61 |
| 6.2.2 | Percepção do enfermeiro sobre a população idosa atendida na ABS..... | 62 |
| 6.2.3 | Percepção do enfermeiro sobre a integralidade do cuidado à pessoa idosa na ABS..... | 63 |

| | | |
|-------|--|------------|
| 6.2.4 | Instrumentos de transição para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS..... | 64 |
| 6.2.5 | Facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS..... | 65 |
| 6.3 | CAPÍTULO 3 – ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS PARA POSSIBILITAR À CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ABS..... | 73 |
| 6.3.1 | Informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na AB..... | 74 |
| 6.3.2 | Possibilidades de mudanças na ação da continuidade do cuidado da pessoa..... | 76 |
| 6.4 | DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO..... | 84 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 104 |
| | REFERÊNCIAS..... | 106 |
| | APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS..... | 119 |
| | APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 121 |
| | APÊNDICE 3 – CARTILHA NA ÍNTEGRA..... | 124 |
| | ANEXO 1 – PLANILHA COMPLETA DA COLETA DE DADOS..... | 155 |

APRESENTAÇÃO

Ao longo da jornada como profissional enfermeira, no exercício da profissão em Saúde Coletiva, houve uma inquietação em buscar a qualificação, para assim prestar um atendimento eficiente aos usuários do Sistema Único de Saúde, pautando-se na sabedoria e conhecimento técnico, compreendendo as limitações, respeitando a cultura, e desenvolvendo atividades voltadas à promoção e prevenção baseadas na realidade de cada território.

Esta experiência motivou à esta profissional percorrer caminhos e desafios, e um deles foi atuar na gestão de Urgência e Emergência, ao longo deste compromisso surgiram desafios e dificuldades, principalmente no que diz respeito a continuidade do cuidado, pois neste ambiente, trabalhamos com uma equipe multiprofissional, voltada ao atendimento nas 24 horas, equipe a qual vivenciou vários momentos de angústia no intuito de salvar vidas.

Hoje vivenciamos um mundo moderno, onde ecoa por dignidade, equidade e integralidade, porém há também mudanças climáticas repentinas, e significantes alterações na economia deste país, trazendo inclusive alterações no financiamento da atenção primária à saúde.

É notório que com estas mudanças a saúde tem uma nova realidade, com uma população que demanda dos profissionais, um atendimento resolutivo voltado a integralidade do cidadão com maior agilidade, conhecimento técnico, equidade e muito mais, no entanto, dia após dia há o aumento de comorbidades crônicas e o aparecimento de doenças reemergentes, alterando o perfil epidemiológico e aumentando a demanda de usuários nos equipamentos de saúde.

Estando à frente como gestora dos serviços básicos que compõem a Rede do Município de Colombo, observou-se nestes últimos tempos, uma mudança no perfil dos atendimentos da Unidade de Pronto Atendimento, principalmente com a implantação do SAMU e não havendo aumento de leitos de UTI nos hospitais de retaguarda.

As observações nos mostram que os idosos fazem parte desta estatística aumentando os números nos atendimentos e necessitando de observação de longa permanência, neste equipamento de saúde, permanecendo por um tempo superior ao ideal, e mais nitidamente se mostrou que na liberação do cidadão deste serviço, não há informações importantes que possam subsidiar os profissionais que lhe acompanharam nas Unidades de Saúde próximos a sua moradia.

Lembrando-se da importância da continuidade do cuidado, principalmente se tratando de indivíduos com comorbidades crônicas, pois essa população demanda de

estratégias para enfrentamento da doença, readaptações e suporte às necessidades, tornando-se essencial o acompanhamento por parte da equipe de atenção básica.

O estabelecimento de um plano de cuidados tendo o Enfermeiro como articulador de todo o processo é essencial, pois ele é o elo entre a equipe e é o profissional que este presente em grande número na saúde coletiva.

Cientes da importância do acompanhamento do serviço de saúde, ao qual é responsável por oferecer a equidade, integralidade e universalidade do acesso de acordo com a lei orgânica nº8080 do SUS, buscou através do Programa de Mestrado Profissional desta Universidade, discutir sobre uma estratégia para possibilitar à continuidade e transição do cuidado a pessoa idosa de idosa, na atenção básica em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira é provida, através de seus direitos constitucionais, de um Sistema Único de Saúde (SUS) público e universal, garantindo aos cidadãos acesso igualitário, sem discriminação, em todas as ações e serviços públicos de saúde.

Desde a criação do SUS, em 1990, a atenção integral à saúde passou a ser um direito de todo cidadão, com foco na prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2018). Assegurar o compromisso com a saúde de sua população é uma prioridade a ser cumprida. Esta ação é realizada através dos elementos doutrinários, tais como: os princípios da universalização, equidade, integralidade, e os princípios organizativos à regionalização, a hierarquização, a descentralização e à participação popular (MENDES, 2012).

Como em outros países, o sistema de saúde brasileiro apresenta dificuldades nas ações e serviços de saúde, que são identificadas por meio da fragmentação. Destacam-se a atenção às condições agudas, apesar da prevalência das condições crônicas e seus fatores de risco, sua estrutura hierárquica, a comunicação e regulação do acesso ineficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde (COSTA, 2020).

Somente os serviços básicos, através de orientação e prevenção, por vezes não são suficientes para atender as necessidades em saúde de uma população. O sistema necessita de apoio e complemento aos pontos de atenção, que irão realizar ações voltadas à necessidade do cidadão. Devido ao território brasileiro apresentar diferentes necessidades em saúde¹, além de discrepâncias econômicas e sociais e visando atender as necessidades da população adscrita de forma integral, resolutiva e com qualidade, gestores do SUS criaram estratégias para fortalecer e organizar o sistema de saúde através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2012).

A RAS é a organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade de um determinado território, de modo que se permita a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los de acordo com suas necessidades de saúde de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE, 2011).

¹ As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que expressam modos de vida (PAIM, 2006).

A organização da RAS é realizada por meio de pontos de atenção à saúde, ou seja, locais onde são ofertados serviços, tendo como centro de comunicação a Atenção Básica em Saúde (ABS)², que se constitui como a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, sendo a principal porta de entrada do cidadão ao sistema de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Fundamenta-se, portanto, que o papel da ABS é ser o primeiro nível de atenção da população, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. A ABS constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o SUS, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa, na RAS, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017a).

Antes de referenciar o cidadão à atenção especializada, é importante que os profissionais lotados na ABS esgotem todos os recursos disponíveis através de ações como matriciamento, comunicação e articulação entre profissionais que atuam em diferentes estratégias, e que essas ações alcancem toda população, incluindo a pessoa idosa (BRASIL, 2017a). Reforça-se que essa ação necessita ser realizada através dos sistemas logísticos³ que garantam a integração dos serviços nos três níveis de atenção à saúde.

Nesse contexto, acompanhando as alterações da pirâmide demográfica do Brasil e, conseqüentemente, do estado do Paraná, nota-se que, com o envelhecimento populacional, aumentaram as doenças crônico-degenerativas, limitações físicas e a perda da autonomia para a realização de atividades de vida diária, trazendo conseqüências na RAS, que acabam por permear a ineficiência, ineficácia e a descontinuidade dos cuidados oferecidos à pessoa idosa (COSTA, 2020).

Em contrapartida a esse cenário em que o Brasil se situa, os diferentes aspectos de um problema identificados na pessoa idosa deverão ser avaliados para, assim, auxiliar na

² Ressalta-se que este estudo foi inteiramente desenvolvido na ABS. Portanto, utilizaremos esta terminologia por se tratar do primeiro nível de atenção à saúde, ou a porta de entrada preferencial, que garante à população uma atenção oportuna e resolutiva. Também cabe reforçar que há controvérsias entre autores sobre o significado e uso dessa terminologia, mas segue sendo utilizada quando se trata de nossa política de saúde atual (GIOVANELLA, 2018).

³ Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas, além de trocas eficientes de produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nessas redes (MENDES, 2011).

continuidade do cuidado ao cidadão de forma integral e individualizada com eficiência e segurança, ou na alta resolubilidade dos casos, buscando uma maior efetivação da ABS.

É preciso considerar que a pessoa idosa que, como membro de um estado/município, usufrui de direitos que lhe garantem também ter acesso a condições de saúde. Condições estas, que por vezes é fragmentada, com longas filas, acarretando complicações, dores, sofrimento, desilusão, pois necessitam dos serviços de saúde com maior frequência para garantir a continuidade do cuidado ao agravo pré-existente.

Muitas são as fragilidades e demandas de cuidado apresentadas pela pessoa idosa, entre elas podemos citar: comprometimento da cognição, humor, mobilidade e comunicação, se manifestando clinicamente por: perda de peso, exaustão, lentidão da marcha e redução da força muscular e aeróbica que afetam a funcionalidade e realização de atividades cotidianas (FRIED, 2016). Neste sentido, com o avançar da idade, os problemas crônicos de saúde acabam por tornar a pessoa idosa dependente de cuidados, necessitando da família ou cuidador e dos serviços de saúde próximos a sua residência.

O idoso, ao buscar atenção à saúde, espera algo além da atenção à doença. Ele requer acolhimento e espera estabelecer vínculos com a equipe de saúde em um ambiente de comunicação que permita autonomia, resolubilidade e responsabilização (SANTOS et al., 2016) a fim de garantir a continuidade do cuidado. Ainda, na dispensação de cuidados integrais à saúde do idoso, é importante reconhecermos seu itinerário terapêutico e como ocorre a transição do cuidado.

Ao conhecermos o percurso do idoso dentro da rede e clarificarmos o processo de cuidado destinado a ele, auxiliaremos os profissionais da saúde nas tomadas de decisões da rotina diária, personificando a assistência e podendo levar à redução dos fatores associados às morbidades. Ou seja, instrumentalizaremos os serviços para o desenvolvimento de um cuidado integral a esta população (SANTOS et al., 2016, p. 49).

Ressalta-se que a continuidade e a transição do cuidado é uma preocupação dos profissionais de saúde, para com a atenção às pessoas idosas, pois estas estão mais propensas a serem referenciados a outros serviços, considerando os seus agravos, em destaque os ambulatoriais, em virtude das especificidades do seu quadro clínico.

Por continuidade do cuidado compreende-se que atenção à saúde, ocorre de forma ininterrupta ao longo da vida ou na ocorrência de agravos, entre os níveis de atenção à saúde, isto é, uma concepção ampliada sobre o cuidado, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (DAVID et al., 2020), e como Transição do Cuidado compreende por

promover a transferência segura e oportuna de pacientes entre os diversos níveis de atenção, incluindo atividades desde a admissão, alta hospitalar e acompanhamento imediato pós-alta e sendo considerada uma parte do cuidado integrado e um programa de prevenção à reinternação, através da comunicação entre os profissionais sobre a alta hospitalar e ou ambulatorial; elaboração do plano de cuidados; preparação do paciente e cuidador; adesão ao medicamento; acompanhamento e educação em saúde (ALLEN, 2014; COSTA, 2020)

É fundamental para a qualidade dos cuidados de saúde, pois se relaciona à melhora da satisfação entre os pacientes, redução de custos e diminuição das internações hospitalares evitáveis (RIBAS et al., 2018), principalmente quando falamos da pessoa idosa, que requer um cuidado gerenciado e partilhado, através de informações reflexivas, significativas e coerentes para o cuidado integral (UTZUMI et al., 2018).

Ao identificar a necessidade de ser realizada uma avaliação especializada na pessoa idosa, o profissional utiliza-se de uma importante ferramenta de articulação entre os pontos de atenção, a qual é chamada de referência e contrarreferência, um elemento-chave na organização das práticas de cuidado, ancorado nas tecnologias de informação (MENDES, 2011). A organização e efetivação da referência e contrarreferência implica na continuidade do cuidado, na alta resolubilidade dos casos e na possibilidade de maior efetivação da APS, bem como na dispensação de cuidados integrais à saúde do idoso.

O idoso é referenciado a um ponto de atenção na rede quando a Unidade Básica de Saúde precisa de uma segunda opinião formativa e esta não é ofertada pelo serviço, como um atendimento especializado e de tecnologias mais duras⁴, sendo comum o referenciamento para os profissionais especialistas, que são raros tanto no sistema público como na assistência complementar (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015).

Muitas vezes a população idosa aguarda por longos períodos por um atendimento especializado. Portanto, considera-se que os serviços de saúde devem ser ágeis e precisos, pois o envelhecimento e suas comorbidades aceleram o surgimento de complicações e, conseqüentemente, comprometem a qualidade de vida, causando inúmeras incapacidades e muitas vezes levando ao óbito (SANTOS et al., 2016). Dessa forma, se faz necessário alinhar os sistemas de saúde às necessidades populacionais que, cada vez mais, exigirão mudanças no enfoque dos cuidados clínicos e assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O Estado do Paraná, ao implantar sua Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso (RAISI), faz uso de estratégias inovadoras no campo da saúde pública brasileira,

⁴ Tecnologias duras é um termo utilizado por Merhy para se referir a tecnologias envolvidas em saúde e seus ambientes, relacionadas a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais;

fundamentadas na identificação e manejo da fragilidade de idosos. No mapa estratégico da RAISI, o estado do Paraná assume, na perspectiva da gestão, o estabelecimento de estratégias de referência e contrarreferência, buscando manter os pontos de atenção integrados e acessíveis. Assim, ao lançar a Linha Guia da RAISI, o estado do Paraná, em acordo com as mais recentes recomendações das áreas da Geriatria e Gerontologia, busca garantir aos cidadãos a possibilidade de um envelhecimento saudável, com qualidade de vida (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Porém, os gestores municipais necessitam estar com as suas redes implementadas e integradas para que a Linha Guia da RAISI de fato se concretize e suas metas possam ser amplamente atingidas. Em razão desse fato e a experiência no serviço público municipal, escolheu-se trabalhar com o tema continuidade do cuidado, ainda que a Rede de Atenção à Pessoa Idosa esteja articulada em meio aos diferentes níveis de complexidade. No entanto, denota-se a falta de resolubilidade e planejamento nos serviços de modo a garantir o acesso dessa população aos recursos especializados ou recursos tecnológicos de maior densidade.

Mediante a necessidade de fortalecer a continuidade e a transição do cuidado, possibilitando a organização e o acesso às ações para os serviços de saúde, adequando-se às propostas da Política de Atenção à Saúde do Idoso, as quais auxiliam e subsidiam os profissionais de saúde atuantes na atenção básica em saúde no acompanhamento aos idosos, de acordo com as necessidades locais de saúde, optou-se por desenvolver uma Cartilha de Educativa de introdução à Continuidade do Cuidado à Pessoa Idosa entre a AB e o Ambulatório de um município da Região Metropolitana de Curitiba, proporcionando ao profissional material técnico e científico no auxílio ao atendimento à pessoa idosa, considerando a integralidade e a equidade do acesso às ações e aos serviços em tempo oportuno.

A cartilha é considerada uma Tecnologia Educacional (TE), que emergiu como um recurso pedagógico, possibilitando a interação dialógica entre os atores, favorecendo assim a construção de um conhecimento de várias dimensões, disponível facilmente e de custo baixo, capaz de fortalecer o entendimento dos usuários (BARROS, 2018). A TE é apontada por processos concretizados a partir de experiências cotidianas, voltados para o desenvolvimento de conhecimentos e saberes a serem utilizados com finalidade prática profissional regionalizada (NIETSCHKE et al., 2012).

Ressalta-se que há uma escassez de estudos sobre a TE voltados a contribuir com a tomada de ação do profissional enfermeiro nos serviços de saúde da ABS. Embora o termo “cartilha” seja amplamente encontrado como material a ser reproduzido em educação em

saúde, ainda são incipientes as produções científicas voltadas ao profissional de saúde, principalmente a nível nacional. Logo, recomenda-se a realização de novos estudos sobre a temática a fim de clarificar e subsidiar as tomadas de decisão do profissional de saúde.

Este estudo possui como **questão de pesquisa**: Quais as informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa entre a atenção básica em saúde e o serviço ambulatorial?

Pretende-se que o conhecimento adquirido com o estudo possa ser utilizado pelos profissionais enfermeiros, possibilitando uma melhoria na equidade da atenção à população idosa, na medida em que se qualifica o planejamento de demanda programada no SUS e o seguimento com a linha de cuidado, definindo-se os grupos de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado nas UBS.

2 OBJETIVOS

- Conhecer a percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa.
- Desenvolver uma cartilha introdutória sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa entre a atenção básica em saúde e o ambulatório.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No suporte teórico, busca-se discutir a criação e a consolidação do Sistema Único de Saúde, suas origens, princípios e implementação ressaltando a importância da RAS para o sistema de saúde e como se organizam através dos pontos de atenção, ou seja, locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação primária, secundária e terciária à população usuária do SUS.

3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1.1 O Sistema Único de Saúde: suas origens, princípios e implementação

A saúde como direito foi uma conquista da sociedade brasileira e esteve diretamente associada à construção do Estado democrático de direito, resultado de um grande pacto social, expresso através da Constituição Brasileira de 1988 (SANTOS, 2014).

O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, a qual determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira, tendo seu início, quando diversos grupos se engajaram no movimento sanitário, através de debates realizados na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) de 1980. Diante disso, o texto apresentado na Assembleia Nacional Constituinte, trazia as principais propostas que a 8ª Conferência Nacional de Saúde defendia, sendo efetivado em sua maioria na Constituição Federal de 1988, o marco inicial para construção do SUS (SOARES, 2014; SANTOS, 2014).

A partir de 1988, toda a população brasileira passou a ser beneficiada com o SUS por meio dos avanços nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), criado na década de 1970 e ampliado ao longo da existência do SUS, de modo a garantir acesso às vacinas do calendário preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela rede de urgência e emergência e pela melhoria dos indicadores de saúde que proporcionam maior bem-estar social (MENEZES, 2019).

O presidente responsável pela implantação do SUS foi José Sarney, ao qual teve que alinhar os impasses que viriam acontecer na constituição, advertindo o legislativo que existiam artigos que desencorajaram a produção, afastaria a entrada de capitais estrangeiros e iriam de encontro com a iniciativa privada, podendo gerar conflitos no sistema público de saúde que era recém-originado (PAIM, 2013).

O SUS é reconhecido como uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas neste país. Antes, os brasileiros eram desigualmente divididos entre os ricos, que pagavam por seus próprios atendimentos de saúde, os empregados formais que acessaram os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública, e os indigentes, que viviam à margem do mercado de trabalho formal, que não possuíam carteira assinada e peregrinavam em busca de atendimento à saúde por caridade, através das Santas Casas ou por meio de alguns programas de saúde pública (REIS, 2016).

A implantação do SUS durante a primeira metade da década de 1990 foi marcada pela adoção de medidas do governo federal voltadas para impulsionar a descentralização das ações e serviços de saúde em nível municipal, estimulando o debate acerca da definição do modelo de atenção à saúde e a adoção de estratégias para viabilizá-lo em todo o território brasileiro (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018).

Matta (2007, p. 62) refere que a base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro, sendo eles:

- 1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde se estruturou, diante da seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social.
- 2 - A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviço de saúde em todo território nacional.
- 3 - A lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros à saúde. (MATTA, 2007, p. 62).

Obedecendo aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção à saúde; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; regionalização e hierarquização da rede de saúde, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

Nesse sentido, os princípios do SUS implica em conceber este sistema como:

“imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde “herdado” do período anterior, um “sistema de saúde” capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (TEIXEIRA, 2011, p. 2).

Para que ocorra a estruturação do SUS é necessária a participação dos três entes federativos: governo federal, estado e município, e órgãos envolvidos respectivamente como: o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde atua na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para a elaboração do Plano Nacional de Saúde. Na qualidade de gestor nacional, formular políticas públicas, normas e fiscalizar sua execução. As secretarias estaduais de saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), e elaboram o Plano Estadual de Saúde, formulam políticas públicas, dando suporte aos municípios, em conjunto com os Conselhos Estaduais de Saúde (BRASIL, CONASS, 2012).

Os executores dos serviços de saúde são as secretarias municipais, em articulação com os Conselhos Municipais de Saúde, planejam e efetivam o Plano Municipal de Saúde. Na prática, esboçam, organizam, cumprem, monitoram e avaliam as ações e serviços de saúde definidos nos planos nacional, estadual e municipal.

Entende-se que o município enquanto ente federado próximo da realidade da população possui atribuição fundamental na gestão de recursos, tendo capacidade para programar as políticas públicas na saúde local. Dessa forma, é considerado um ato acertado perante a diversidade e disparidade de realidades locais espalhadas pelo nosso país, a tratar da saúde dos cidadãos e maior conhecimento da ordem das prioridades e demandas da população local (ARRETCHE, 2010).

3.1.2 Rede de atenção à saúde: origens, configuração e a importância dos sistemas logísticos

A origem da RAS ocorreu na década de 1920, no Reino Unido, na elaboração do Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a 1ª Guerra Mundial. Na prática social, ao se construírem as RAS, é preciso combinar os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde. Os avanços foram desde os sistemas públicos da Europa Ocidental e do Canadá até, posteriormente, atingir alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2013).

No Relatório Dawson a organização dos serviços, seria por meio da territorialização do sistema com porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária considerando a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, onde casos que não pudessem ser resolvidos em no nível primário e secundário seriam encaminhados a um hospital de referência vinculado a tais serviços, considerando os

mecanismos de integração como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil sua regulamentação foi através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que define a RAS promove a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2016).

Quanto à conformação da RAS estão três elementos inerentes: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. No que se refere a população, esta é colocada sob responsabilidade sanitária e econômica, do gestor local e deve ser organizada sob forma de gerenciamento, com ênfase à gestão da oferta da atenção à saúde (MENDES, 2011).

No entanto sua representação assemelha como imagem de uma malha que conecta e integra os serviços de saúde de determinado território, organizando-os em diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção à saúde, estando articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde (SILVA, 2013). A RAS é vista como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde que, unidos por um objetivo comum, prestam uma atenção contínua e integral a determinada população.

Estudos demonstram que se estruturarem sistemas de saúde em redes, o resultado será mais eficiente, sendo um caminho para garantir a integralidade no cuidado, princípio este fundante no SUS (SILVA; MAGALHÃES, 2013).

O modo de organizar a RAS define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima (MENDES, 2013).

No entanto a RAS também se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, pela centralidade das necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, bem como pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Quando nos referimos ao sistema de governança podemos afirmar que são eles são arranjos organizativos que possibilitam a gestão de todos os componentes da RAS, e geram

um excedente cooperativo entre os protagonistas sociais, aumentar a interdependência entre eles e assim, é por meio destes sistemas transversais que se articulam os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes (COSTA, 2020).

Sendo assim, a governança das RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores e mecanismos. Seu exercício implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a Regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

Quanto à estruturação das RAS, seus componentes incluem: ABS (centro de comunicação); os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2010).

Para Costa (2020), nos traz que a ABS é o centro de comunicação da RAS tendo um papel chave em sua estruturação, devendo ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de cidadãos, famílias e comunidades com o serviço, constituindo-se como parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social, pois somente os serviços de ABS não são suficientes para atender as necessidades de cuidados em saúde da população, devendo ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certo.

As principais estruturas físicas dos serviços de saúde são instaladas próximas da vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade. As unidades oferecem uma diversidade de serviços realizados pelo SUS, incluindo: acolhimento com classificação de risco; consultas de enfermagem, médicas e de saúde bucal; distribuição e administração de medicamentos, vacinas e curativos; visitas domiciliares; atividade em grupo nas escolas; educação em saúde; entre outras. De tal maneira, trazendo resolutividade para a grande parte das necessidades de saúde (RIO GRANDE SUL. Secretaria da Saúde, 2019, não paginado).

Grandes são os desafios para que a ABS assuma o papel de coordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Os obstáculos para a consolidação da ABS são continuamente estudados mas algumas questões são destaques: como a falta de política institucional direcionada ao seu fortalecimento, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores, além da insuficiência de recursos qualificados,

resultando em uma carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na ABS (MENDES; CONILL, 2011).

Sistemas logísticos ofertam soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas a promover integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical, sendo os principais sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte (MENDES, 2016).

Em relação aos sistemas de apoio seja ele: diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e de informação em saúde devem ser caracterizados como: lugares institucionais onde se prestam serviços comuns e constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico de patologia clínica, imagens, entre outros, o qual envolva a organização de suas atividades em todas as suas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos (COSTA, 2020).

O cuidado com os cidadãos deve se dar de forma integral. Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

A longitudinalidade é um atributo que desempenha importante papel para a garantia do cuidado e, juntamente com os demais atributos essenciais e derivados (atenção ao primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural) confere maior efetividade e qualidade aos serviços da ABS (STARFIELD, 2002).

Considerando os benefícios da longitudinalidade à saúde, o reconhecimento deste atributo como característica central da ABS é oportuno e deve ser almejado e avaliado. Partindo do pressuposto de que o modelo de atenção da ESF apresenta melhor desempenho e qualidade na atenção, sua cobertura deve ser considerada ao avaliar a longitudinalidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Destaca-se, que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária à integração de ações programáticas e demandas espontâneas. Ou seja, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, além de coordenação do cuidado na rede de

serviços. Ainda, visa desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Por fim, objetiva valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação (BRASIL, 2018).

3.1.3 Referência e Contrarreferência

A ABS tem papel fundamental no sistema de referência e contrarreferência, é a principal porta de entrada para os serviços de saúde, seja ele na unidade de saúde, centro de atenção psicossocial ou demais portas existentes. Assim, mostra-se como importante ferramenta para a promoção da saúde, tendo como princípios a formação de vínculo, continuidade do cuidado, ações integralizadas, desempenhando papel de relevância na garantia do acesso (CREPALDI et al., 2017).

Na saúde, o termo referência se traduz como encaminhamento do cidadão à um serviço de maior complexidade, enquanto o termo contrarreferência é o ato de encaminhar ao serviço de origem para que se tenha a continuidade do cuidado, sendo a comunicação entre os diferentes níveis de atenção uma ferramenta de extrema importância para o cidadão e o serviço de saúde (LIRA; COUTINHO, 2016).

A proposta é de favorecer a aproximação do serviço de saúde à comunidade, por meio do acolhimento e relações de confiança que favoreçam o vínculo. É fortalecida pela ESF como modelo prioritário, que é composta de equipe interdisciplinar que atua atendendo populações de territórios definidos. Dentre as atividades os profissionais realizam atendimento de ações programáticas e a demanda espontânea, favorecendo a promoção da saúde e prevenção de agravos, trazendo a necessidade de pactuações e o estabelecimento de referência e contrarreferência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

A regulação é entendida como o mecanismo simples ou complexo, a depender da situação, de combinar as demandas do sistema e de seus usuários com as ofertas mais adequadas em cada momento, priorizando o cidadão no que mais lhe aflige, baseado em evidências claras, e sendo um sistema de maior transparência e eficiência a população.

Para acesso à atenção especializada, a gestão local/regional deve organizar o serviço de regulação. Principalmente a organização dos encaminhamentos necessários para exames, para confirmação diagnóstica, para adequação e reavaliação do tratamento, realização de procedimentos especializados ou, ainda, para estabelecer parceria para o seguimento terapêutico, a depender da doença de base (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

A Regulação Assistencial é uma das macro funções a serem desempenhadas pelo gestor estadual, sendo direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços, como também pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população. Portanto, além de contribuir para a otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade e através de uma resposta adequada aos problemas clínicos, considerando também a satisfação dos cidadãos (CONASS, 2011).

Os serviços ambulatoriais, também tratados de atenção secundária, são cuidados em saúde especializados. Assim, são ofertados como um segmento ou referência de um encaminhamento, devendo-se corresponsabilizar pelos cidadãos, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultora aos processos cuidadores, os quais se fundamentam num vínculo principal mais frequente com ABS, articulando-se também com a Atenção Hospitalar e Atenção às Urgências (CANONICI, 2014).

O atendimento especializado pode ser de fundamental importância para a recuperação ou manutenção da saúde de uma pessoa idosa. Porém, lembrando que o acompanhamento por especialista não dispensa o acompanhamento na ABS. Além do que, se o idoso for acompanhado por vários especialistas, cabe ao profissional da ABS gerenciar e harmonizar o tratamento para evitar uma possível iatrogenia (FREITAS, 2012).

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, os quais incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Essa atenção contempla procedimentos, ações especializadas em odontologia, exames de imagem e complementares (BRASIL, 2016).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE À POPULAÇÃO IDOSA

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa e a expectativa de vida aumentou em todos os países, se no ano de 2015 chegou há 78 anos em regiões desenvolvidas e 68 anos naquelas em desenvolvimento. Estima-se que a cada nove pessoas, uma possui 60 anos ou mais e que o número de idosos ultrapasse 800 milhões de pessoas (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012).

No Brasil, em 2020, o número de idosos com 65 anos ou mais, chegou a 10,5% sendo que a previsão para 2030 atingirá 13,44% da população total (INSTITUTO

BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2020) Este aumento da longevidade é expressivo, mas pode ser considerada, uma conquista, nas questões relacionadas à qualidade de vida. Hoje, no entanto, o número de pessoas idosas aumenta exponencialmente, e muitas se encontram em situações socioeconômicas complexas e incertas (OPAS, 2021).

Desta forma as políticas públicas devem ser voltadas para levar em conta a capacidade funcional, a autonomia e a prevenção, e cuidado integral à saúde (OLIVEIRA, 2014). Esse crescimento representa uma importante conquista social, resultado da melhoria das condições de vida, ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros fatores determinantes (HOFFMANN; LOBO, 2014).

Em tempos turbulentos o qual vivenciamos, o brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida em 2020 por causa da pandemia de Covid-19. Em média, as crianças nascidas no ano de 2020 viverão 1,94 anos a menos do que se esperaria sem o quadro sanitário atual no país, chegando a expectativa de 74,8 anos em vez dos 76,7 anos de vida anteriormente projetados, esta pesquisa vem sendo liderada pela demógrafa Márcia Castro, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Harvard, através de um cenário alternativo: contabilizaram o impacto na expectativa de vida brasileira a partir da soma de todas as mortes oficialmente registradas como covid-19 acrescidas de 90% daquelas identificadas como causadas por Síndrome Respiratória Aguda Grave, quadro comumente provocado pelo novo coronavírus. Nesse cenário, a redução na expectativa de vida no Brasil ultrapassaria os dois anos e meio (SANCHES, 2021).

As políticas públicas voltadas à pessoa idosa têm se destacado na agenda de organizações internacionais de saúde, em especial com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais, a fim de atender as necessidades emergentes desse grupo populacional (FERNANDES; SOARES, 2011).

A legislação brasileira procurou se adequar à Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (lei nº 8.842), criando normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa política visa criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida (BRAGA, 2012).

Através da Portaria nº 1.395/GM, aprovou-se em 1999 a Política Nacional da Saúde do Idoso, a qual destaca a necessidade de atender com qualidade a crescente população idosa,

provendo recursos técnicos, materiais e humanos para tal (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999).

No ano de 2002, foi instituído na estrutura básica do Ministério da Justiça, por meio do decreto nº 4.227, o Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa, a fim de fortalecer e cumprir os direitos dessa parcela populacional com relação ao cuidado integral da saúde.

Enfatizando ainda mais a relevância e urgência no enfrentamento das questões envolvendo os idosos, reafirmando direitos e princípios já consagrados na Constituição, assim como trazendo avanços, foi promulgado o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) que regulamenta os direitos assegurados a todos os cidadãos a partir dos 60 anos de idade, estabelecendo também deveres e medidas de punição (MUNHOL, 2010).

No ano de 2006, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSPI) através da Portaria nº 2.528, reconheceu que a população idosa tem suas especificidades e, para promover a saúde, é necessário conhecê-la e pautar ações com base em tal. A portaria visa “garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira” e estabelece estratégias para a promoção da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

O enfoque desta legislação é na pessoa idosa, propondo o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011) tendo em seu Objetivo Estratégico propor a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção.

No documento intitulado “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral” (HOFFMANN; LOBO, 2014), o Ministério da Saúde reafirma a PNSPI e estabelece os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, programas e serviços dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas. São eles: o trabalho em rede; a integração entre os diferentes pontos de atenção; a identificação dos pontos de atenção estratégicos na ABS e na especializada e a importância da articulação intersetorial.

Nesse sentido, o PNSPI estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade como um importante indicador de saúde desta população. Tendo por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017b).

A Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde publicou, nos anos de 2013 e 2014, o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta

de Modelo de Atenção Integral”, que tem por objetivo orientar a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS, potencializando as ações já desenvolvidas e propondo estratégias para fortalecer a articulação, qualificação do cuidado e ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

Nesse contexto e com o objetivo de oferecer à população idosa paranaense o cuidado oportuno e eficiente para que alcance o envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR) implantou no ano de 2018 a Linha Guia da Saúde do Idoso. Nela, estão contidos os conceitos e diretrizes que deverão nortear as ações da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Estado do Paraná, ancorados pela identificação precoce da fragilidade e seu manejo através da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Para que os municípios programem a linha de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa, é preciso de um fluxo para sua efetivação, o qual deve ter como base a identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando sua capacidade funcional e os recursos existentes em cada território como os eixos estruturantes do cuidado integral (BRASIL, 2018).

3.2.1 Rede de atenção à pessoa idosa

O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos, traz profundas consequências à estruturação da rede de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais (VERAS, 2012; VASCONCELOS; GOMES, 2012; SANTOS et al., 2016).

Os estudos do perfil epidemiológico da população idosa são caracterizados pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (BRASIL, 2018).

Consequentemente, constata-se o surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde. Todavia, ainda que as doenças sejam mais frequentes nessa faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional. Assim, o envelhecimento

do indivíduo não é sinônimo de incapacidade e dependência, mas de maior vulnerabilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Em consonância com a PNSPI e buscando superar os desafios que permanecem, a linha de cuidado configura-se como um modo de organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde da pessoa idosa na RAS, tendo a atenção primária como ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde. A linha estabelece um percurso longitudinal, ou seja, ao longo do tempo, para o cuidado integral nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde (desde a atenção básica à especializada) e promove a articulação e integração de ações com as demais políticas públicas. O seu desenho prevê possíveis itinerários do usuário pela RAS, de acordo com suas necessidades de saúde e capacidade funcional (BRASIL, 2018).

A ABS tem sido apontada como o ponto de atenção ideal, e os médicos generalistas como os profissionais mais adequados para a detecção da fragilidade de idosos. Como linha de frente do cuidado à saúde das famílias e de seus idosos, a ABS está idealmente posicionada para prover os contatos regulares, prolongados e contínuos que os idosos necessitam para que se previne ou retarda o surgimento das incapacidades resultantes das condições crônicas de saúde (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para aqueles que envelhecem muito mais do que apenas a ausência de doenças, a qualidade de vida deve refletir a manutenção da autonomia, ou seja, da capacidade de determinação e execução dos próprios desígnios (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde. Define-se saúde como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças (MORAES; LANNA, 2014).

O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar sua atividade sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Para a organização e o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa, considerando a imensa diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos, é necessária a

realização da avaliação multidimensional, a qual permite identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa em, ao menos, três grandes perfis, de acordo com os níveis de funcionalidade apresentados: pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional (com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros); e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas (BRASIL, 2018).

O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas, a fim de evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou perda funcional. Dessa forma, o primeiro passo é identificar as necessidades de saúde da população idosa é o reconhecimento, cadastramento e acolhimento da população adscrita aos territórios de responsabilidade sanitária de cada equipe da ABS (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

3.3 A CARTILHA COMO PROPOSTA DE TECNOLOGIA EDUCATIVA

A educação vem passando por diversas transformações nestes últimos tempos principalmente se correlacionarmos aos avanços na sociedade influenciada pela tendência tecnológica.

Os avanços e o desenvolvimento de materiais educativos nas últimas décadas crescem pela disseminação das tecnologias de informação e de comunicação e através da integração de uma diversidade de abordagens nos estudos e aplicações na área da educação (GIANELLA, 2011; GONÇALVES, 2017).

Ao considerarmos o desenvolvimento de tecnologias na área de saúde, voltados ao profissional de saúde esta tem por finalidade trazer recursos de apoio à educação permanente em saúde, auxiliando na construção de aprendizado e permitindo uma abordagem ao aprender e relembrar assuntos que podem ser necessários no cotidiano destes profissionais que procuram se atualizar com base científica para exercer com competência sua profissão (Candido, 2015).

Portanto, a tecnologia educacional refere-se a um conjunto de saberes e fazeres relacionada a produtos e matérias que definem as terapêuticas e processos de trabalho, transformando-se em instrumentos para realizar ações de promoção da saúde. Para elaboração de tecnologias educativas de qualidade, é necessário selecionar quais informações são realmente importantes para constar no instrumento informativo, exigindo definições claras dos objetos educacionais a serem alcançados pelo público alvo (ALVES, 2017).

Na saúde, a tecnologia educacional não é apenas para elucidar, ações burocráticas, assistenciais, tarefas, pontuais e isoladas, mas, sobretudo é uma maneira sistemática de organizar e planejar o processo de ensino-aprendizagem em termos de objetivos e da combinação de recursos humanos e materiais para resolver os problemas da saúde (PORTUGAL, 2018).

Dessa forma, é considerada como metodologia inovadora que possibilita dar ênfase ao processo de ensino-aprendizagem e avaliação. Ao proporcionar protagonismo dos profissionais de saúde, colocando-os como agentes proativos e estimulando-os a buscar respostas para problemas reais e complexos com autonomia aos leitores, tornando-os corresponsáveis na tomada de decisão (SCHWONKE et al., 2011).

De fundamental importância para a construção de uma Tecnologia Educacional (TE), a pesquisa de campo possibilita conhecer em profundidade o problema a ser abordado, permitindo a identificação das principais questões relacionadas às necessidades do público-alvo, facilitando o acesso à informação fundamentado na pesquisa bibliográfica detalhada (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Para elaboração de materiais educativos de qualidade, é necessário selecionar as informações que são importantes, a fim de constar no instrumento informativo, além de inserir as definições claras dos objetivos educacionais a serem alcançados pela população em questão (CASTRO, 2014).

Dentre as possibilidades de tecnologias educativas temos as cartilhas educativas que podem ser consideradas como meio de comunicação para promover a saúde, pois vão além do simples lançar de informações. A cartilha educativa é um facilitador do conhecimento, memorização, bem como um meio de padronizar as orientações (SILVA; FERREIRA; DUARTE, 2016).

No que diz respeito à cartilha educativa voltada aos trabalhadores da saúde, sua construção desempenha um importante papel no contexto da educação permanente, pois de acordo com o tema e o contexto abordado, amplia habilidades, auxilia no desenvolvimento de atividades e favorece a autonomia dos profissionais envolvidos (MELO, 2017).

A importância da educação permanente em saúde agrega valor, conhecimento e experiência ao sujeito envolvido. Entende-se por ações educativas todas as práticas de ensino-aprendizagem desenvolvidas com o objetivo de debater e promover o conhecimento e, assim, subsidiar a tomada de decisões, tendo como referência a reflexão crítica dos aspectos éticos, legais e assistenciais da profissão em questão (FERREIRA, 2016).

Para facilitar a prática dos enfermeiros, a cartilha, se constitui em uma tecnologia ilustrada capaz de facilitar a aquisição de conhecimentos por parte destas, memorização dos cuidados necessários a prevenção e tratamento, proporcionando o empoderamento dos profissionais que se utilizarão deste material, bem como um meio de padronizar as orientações (PORTUGAL, 2018).

A TE, vem sendo utilizada amplamente em capacitações de profissionais e orientações educativas com a população, tem sua importância por abordar temas, com embasamento científico que envolve o processo educacional. Nesse contexto, a metodologia empregada é de acordo com a rotina dos serviços de saúde, funcionando como divulgador de conhecimentos, visto que a busca dos profissionais de saúde têm sido estratégias inovadoras que ofereçam suporte para intervenções positivas na comunidade, bem como à sensibilização do público, nos mais diversos enfoques de promoção da saúde (LESSA et al., 2018).

A construção de uma TE através de formato cartilha voltada ao público de enfermeiros, seja formato de material impresso ou digital, possibilita a tomada de decisão acerca das melhores práticas assistenciais e gerenciais de cuidado, com a incorporação de saberes e práticas evidenciadas na literatura no direcionamento, padronização e sistematização das ações de cuidado e prevenção, caracterizando como instrumento de promoção da saúde e facilitador do processo educativo da equipe de Enfermagem (SANTOS; OLIVEIRA, 2016).

Estudos revelam que a eficácia da aprendizagem através de práticas educativas e assistenciais em saúde, podem melhor alcançar seus objetivos, quando se tem uma programação de ensino eficiente e constante. Nesse sentido, observa-se que o refinamento do repertório do sujeito pode de certa forma empoderá-lo, à medida que se observa mudança de comportamento e conseqüentemente tomadas de decisões mais assertivas. Estas por sua vez, podem ser consideradas como produtos das práticas educativas em saúde (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019; OLIVEIRA; PINTO, 2018, DE PAULA et al., 2017, SCIARRA; CROTI; BATIGALIA, 2013).

O uso de tecnologias da informação e comunicação podem auxiliar os facilitadores no processo de repasse de conhecimentos ao público alvo, visto que a população, em especial os profissionais enfermeiros, tem acesso aos recursos multimidiáticos, por meio de sua ação comunicativa, influenciados pelas novas tendências do mundo tecnológico. É importante ressaltar que o uso dessas tecnologias torna o processo de ensino-aprendizagem mais

dinâmico, além de proporcionar o protagonismo do profissional diante da sua realidade (TORRES, 2020).

Considerando que a partir do tema levantado como principal problemas a ser mudado, a preocupação é de como será realizado os processos de ensino e aprendizagem dos enfermeiros, de modo que todos estejam cientes de sua responsabilidade profissional e social, para conduzir boas práticas em saúde através das tecnologias educativas disponíveis nos campos de atuação (PISSAIA; BESCHORNER, 2016).

4 CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Neste capítulo serão abordados os principais conceitos que subsidiaram o estudo referente à continuidade e transição do cuidado, tendo um papel importante no exercício da prática profissional do enfermeiro nos sistemas de saúde do SUS.

No Brasil, observa-se a fragmentação na continuidade do cuidado ao cidadão, em especial à pessoa idosa, nos diversos serviços de saúde ofertados, entre eles aqueles oferecidos pela RAS, que dependem de cuidados complexos e da transição do cuidado.

Para que ABS possa realizar a continuidade e transição do cuidado, considerando ser a porta de entrada da RAS, os profissionais que nela atuam precisam de recursos humano, organizacional e materiais, cabendo ao gestor planejar e executar de forma oportuna a integração da rede, para que o profissional desenvolva sua prática e o cidadão seja beneficiado com atendimento eficiente, eficaz e humanizado.

Para este estudo elencamos alguns conceitos importantes que estão associados aos atributos do SUS, abordados na literatura apresentada e na vivência do profissional enfermeiro que compõem a ABS, com o objetivo de orientar a introdução da Continuidade e Transição do cuidado à pessoa idosa.

O marco conceitual deste trabalho é constituído pelos conceitos de: Continuidade do Cuidado, Transição do Cuidado que serão explicitados a seguir.

CONTINUIDADE DO CUIDADO

Na literatura vários autores abordam a polissemia do termo continuidade, para Bakerjian (2018) a continuidade do cuidado é um ideal no qual os cuidados de saúde são fornecidos para uma pessoa de maneira coordenada e sem interrupções, independentemente de todas as complexidades do sistema de saúde e do envolvimento de diferentes profissionais em diferentes serviços de saúde.

A continuidade do cuidado está relacionada a um problema específico de saúde e aos instrumentos necessários para auxiliar os profissionais na tomada de decisão em relação ao tratamento dos pacientes, sem preocupar-se com uma relação de longa duração, podendo o acompanhamento ser realizado pelo mesmo médico ou não (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Neste sentido, trata-se de uma ação fundamental para solucionar ou amenizar as necessidades em saúde do cidadão, porém é preciso superar lacunas identificadas no

atendimento dos serviços de saúde para efetivar a continuidade do cuidado, tais como: a falta de informação sobre seu problema de saúde, autocuidado, uso correto de medicação, agendamento de retorno ao especialista, durante a transição entre os serviços ou unidade de uma mesma instituição que compõem a rede.

TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Para conceituarmos a transição do cuidado consideramos que é um dos domínios relacionados aos princípios da integração do cuidado nos sistemas de saúde. Também é definida como um grupo de ações planejadas para garantir a coordenação segura e a continuidade do cuidado quando o cidadão passa por um problema de saúde e precisa ser transferido de um serviço para outro serviço, ou mesmo entre diferentes níveis do cuidado à saúde (SUTER et al., 2017).

É uma estratégia que tem impacto na redução de internações hospitalares e na diminuição das reinternações causadas por complicações. Essa estratégia ajuda a reduzir o custo de serviços de saúde e aumenta a qualidade de vida de pacientes e suas famílias, especialmente em um contexto de avanços terapêuticos e tecnológicos constantes, e em termos de tratamento dos pacientes e da longevidade de pessoas com comorbidades múltiplas (RENNKE et al., 2013).

A transição do cuidado para os serviços em todos os níveis pode ser realizada por toda a equipe interdisciplinar, mas observa-se que, frequentemente, cabe ao enfermeiro a sua realização. Esse planejamento fortalece a própria entidade de enfermagem, sua autonomia profissional, favorecendo o desenvolvimento e reconhecimento profissional e social (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019).

5 MÉTODO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Este estudo se constituiu através deste referencial metodológico, ofertando recursos que possibilitem a identificação de conceitos e ações direcionados à pessoa idosa, colaborando no planejamento das ações assistenciais a esta população alvo.

A pesquisa qualitativa é a análise de dados desafiadora, uma vez que é necessário organizar e dar sentido aos materiais narrativos que foram coletados por meio de entrevista, cabendo dentro do processo transcrições precisas e reflexão da totalidade da experiência (POLIT; BECK, 2011).

Este estudo possui a finalidade de construir uma tecnologia educativa do tipo cartilha que auxilie na transição do cuidado à pessoa idosa entre ABS e ambulatório. Dessa forma, o material resultante da análise de dados da etapa qualitativa permitiu conhecer como se dá a atenção à saúde da pessoa idosa no município e, a partir desse reconhecimento, compreender quais são suas fragilidades e potencialidades. Diante desses dados foi possível desenvolver uma tecnologia educacional voltada aos profissionais da ABS que atuam no município.

Entende-se que a metodologia escolhida unifica teoria, pesquisa e prática, de forma que não há nada mais significativo que a utilização de um método que conte com tais especificidades.

O processo para a construção de um instrumento como a cartilha educativa foi desenvolvido conforme as seguintes fases: diagnóstico situacional, levantamento do conteúdo, formulação e montagem da cartilha educativa.

5.2 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A proposta de construção da cartilha surgiu a partir de observações feitas na prática assistencial e gestão no município cenário deste estudo. As entrevistas conduzidas com enfermeiros deste município buscaram identificar lacunas na organização do processo de trabalho, desses profissionais acerca das rotinas de continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa prestadas durante o exercício de suas atividades no município.

5.2.1 Cenário do estudo

O cenário deste estudo é o município de Colombo, Paraná. Foram investigadas UBS que são a porta de entrada do usuário aos serviços e, também, o ambulatório especializado o qual recebe os usuários que necessitam do atendimento de um profissional especialista.

O Município de Colombo se situa na Região Metropolitana de Curitiba. Originou-se por desmembramento de Curitiba em fevereiro de 1890, contando com uma área territorial de 197.805 Km². Para o ano de 2019, a estimativa populacional é de 243.726 habitantes (IBGE, 2019).

Limita-se ao norte com os municípios de Rio Branco do Sul e Bocaiúva do Sul, ao sul com Pinhais, a oeste com Curitiba e Almirante Tamandaré e a leste com Campina Grande do Sul e Quatro Barras. Situado a 17,3 Km da capital, grande parte da sua população habita em áreas loteadas contínuas a Curitiba, porém preserva uma grande característica agrícola herdada dos imigrantes italianos vindos no século XIX. Colombo integra a 2^a Regional Metropolitana de Saúde (INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2016) e, quanto à sua divisão política, compreende o distrito da Sede, Maracanã e Guaraituba.

FIGURA 1 – MAPA DE COLOMBO.



FONTE: COLOMBO (2020).

O município possui 25 unidades de saúde. Entre os serviços de média e alta complexidade estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a Unidade de Saúde da Mulher, o Centro de Especialidades Odontológicas e Médicas, o Saúde em Casa, o Centro de

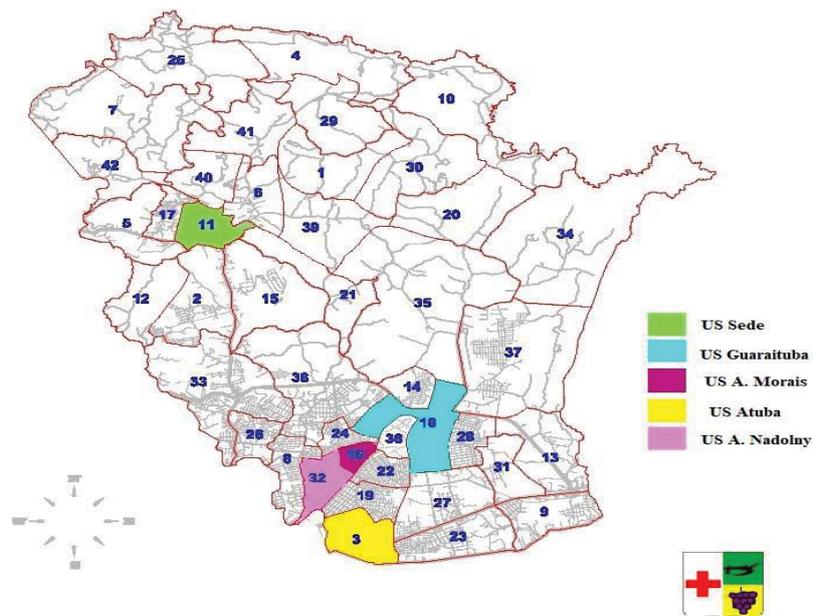
Testagem e Aconselhamento (CTA), o Pronto Atendimento Alto Maracanã e o SAMU. Faz parte também do Consórcio Metropolitano de Saúde.

A partir do ano de 2013 houve um aumento de pontos de atenção na rede de serviços, principalmente na atenção básica — passando de 22 para 25 unidades de saúde. A inauguração das três unidades (UBS Belo Rincão, UBS César Augusto e UBS Moinho Velho) possibilitou a redistribuição da cobertura assistencial de 23 mil pessoas, promovendo a melhoria do acesso à atenção básica em saúde. Em 2016, o município alcançou uma cobertura territorial de Atenção Básica de 83,70%, destaque à Estratégia Saúde da Família (ESF) com cobertura de 60% (COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde, 2017).

Quanto ao quadro de profissionais, a Secretaria de Saúde conta atualmente com 270 profissionais de saúde na Atenção Primária, lotados nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Estratégia de Saúde da Família, divididos em 84 Enfermeiros, 151 Técnicos de Enfermagem e 105 Médicos.

Territorialmente, esses equipamentos se localizam nas áreas mais populosas do município (FIGURA 2), onde se concentram os maiores problemas de saúde, mas há melhor acesso através do transporte público. Esses serviços funcionam como uma porta de entrada do usuário ao sistema de saúde — o que inclui atendimento a crianças, mulheres, gestantes, adultos, idosos, bem como orientação e prevenção de doenças crônicas e ISTs.

FIGURA 2 – MAPA DE BAIRROS DE COLOMBO.



FONTE: SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E URBANISMO DE COLOMBO (2020).

No presente estudo foram selecionadas cinco UBS que concentram o maior número de idosos cadastrados no município. A descrição das unidades selecionadas, e o número de idosos cadastrados em cada uma delas estão apresentados na TABELA 1.

TABELA 1 – CADASTROS ATIVOS POR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| | UNIDADES DE SAÚDE | Nº DE IDOSOS COM CADASTROS ATIVOS |
|-----------|------------------------------|--|
| 01 | UBS Alexandre Morais de Lima | 2178 |
| 02 | UBS Alexandre Nadolny | 1882 |
| 03 | UBS Atuba | 1598 |
| 04 | UBS Guaraituba | 1385 |
| 05 | UBS Sede | 1768 |

FONTE: A autora (2021).

As UBS selecionadas possuem área de abrangência delimitada, atendendo uma população total de 72.918 pessoas, conforme descrito abaixo (TABELA 2).

TABELA 2 – POPULAÇÃO ATENDIDA NAS UBS SELECIONADAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| | UNIDADE DE SAÚDE | Nº POPULAÇÃO ESTIMADA 2020 |
|-----------|-------------------------|-----------------------------------|
| 03 | UBS Alexandre Lima | 12.816 |
| 01 | UBS Alexandre Nadolny | 16.279 |
| 02 | UBS Atuba | 14.117 |
| 04 | UBS Guaraituba | 14.202 |
| 05 | UBS Sede | 15.504 |

FONTE: COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde (2018).

As estruturas físicas das UBS, cenários deste estudo, são compostas por uma recepção, uma sala de convivência, um espaço administrativo, consultórios interdisciplinares, um refeitório, banheiro para funcionários, banheiros para usuários, uma rouparia, um expurgo, um depósito de material de limpeza e um pátio externo.

A equipe é composta por médico generalista 40 horas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, cirurgiões-dentistas, agente comunitário de saúde e serviços gerais. A unidade Alexandre de Morais Lima recebe alunos da residência médica profissional em Saúde da família da Pontifícia Universidade Católica de Curitiba (PUC-Pr).

Nesses equipamentos, as ações desenvolvidas são de promoção, prevenção e recuperação da saúde a nível primário de atendimento, com atividades em grupos-alvo, como: hipertensão, diabetes, gestantes, puericultura, saúde mental, atendimento a mulheres.

Essas ações são desenvolvidas pela equipe de cada UBS com apoio multidisciplinar, sendo o profissional enfermeiro o condutor principal deste processo. Esses grupos são

distribuídos durante a semana, tendo um encontro mensal, ocorrendo nas dependências da UBS, o que inclui a avaliação médica para definição de estratégias terapêuticas e outras medidas individualizadas, com consultas periódicas de retorno.

Destaca-se que, neste período pandêmico, houve uma reavaliação das agendas que atendem aos grupos elencados como prioritários na ABS para não deixar de prestar atendimento aos cidadãos qualificados como alto risco, reforçando que as equipes não deixaram de realizar a atividade de acolhimento, onde são muitas vezes identificadas as doenças e seus fatores de risco.

5.2.2 Participantes do estudo

Participaram deste estudo 16 enfermeiros de cada uma das cinco UBS selecionadas para o estudo, alocados em Unidades com Estratégia de Saúde da Família do Município de Colombo – PR, que concordaram e aceitaram participar mediante a compreensão, leitura e assinatura do TCLE. Justifica-se que a participação do profissional Enfermeiro é essencial, pois é este profissional que atua na linha de frente das Unidades de Saúde deste município. Conhecer recortes da vivência deste profissional permitirá entender qual é a melhor estratégia para o desenvolvimento da tecnologia educativa sobre o itinerário do cuidado da pessoa idosa entre a atenção básica e o serviço ambulatorial.

Neste estudo, os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro do município com, no mínimo, seis meses de experiência. Os critérios de exclusão foram: servidores que, no momento da pesquisa, estiverem afastados por tratamento de saúde, licença ou férias.

O contato com os participantes aconteceu após uma reunião com a Direção da Atenção à saúde e o gestor da pasta, Secretário Municipal de Saúde, explicando o teor da pesquisa e como seria a abordagem e o desenvolvimento da mesma. Após o recebimento de seu aval, os participantes enfermeiros foram contatados e convidados de forma indireta, por contato telefônico e auxílio da equipe da secretaria municipal de saúde, para evitar a sensação de coação.

A seleção dos participantes foi intencional, maximizando a riqueza de informações (POLIT; BECK, 2019). Em virtude da necessidade de evitar aglomerações e seguir com o referencial metodológico da pesquisa, considerou-se a seleção da amostra como sendo a mais adequada para este momento, em especial considerando o contexto de pandemia.

5.3 LEVANTAMENTO DE CONTEÚDOS

5.3.1 Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado (APÊNDICE 1) composto de quatro partes: Apresentação do entrevistador e estudo, Caracterização do Entrevistado como: escolaridade, ocupação, tempo de formação, lotação, e perguntas abertas que abordaram questões relativas ao conhecimento dos profissionais sobre a pessoa idosa e a continuidade do cuidado demandado no processo de referência e contrarreferência dessa população no serviço de saúde.

Esse instrumento foi elaborado para permitir aos participantes do estudo a oportunidade de refletir sobre a realidade que vivenciam no atendimento da população, possibilitar captar as visões e concepções dos entrevistados. O instrumento foi testado em entrevista piloto realizada com profissional que não foi incluído nos participantes do estudo.

A realização das entrevistas foi presencial, no ambiente de trabalho, em local ventilado e arejado, tomando medidas de precaução (uso de álcool, máscara, distanciamento recomendado) mediante a aceitação do participante e prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido — TCLE (APÊNDICE 2). As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Nessa etapa foi realizado o levantamento de dados secundários referentes à população-alvo por unidade, como: sexo, idade, número de referências (encaminhamento ao especialista), doenças mais comuns nessa faixa etária, dados esses que, em conjunto com o resultado das entrevistas, ajudaram a definir critérios de referenciamento ao ambulatório especializado.

5.3.2 Tipo de análise

PRIMEIRA FASE: PRÉ-ANÁLISE

A fase de Pré-análise foi realizada por meio da seleção de documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos e elaboração de alguns indicadores para auxílio na compreensão do material de análise. Esta etapa foi decomposta em Leitura flutuante, que diz respeito ao contato direto e intenso com o material; Constituição do Corpus, que representa a totalidade do universo a ser estudado de acordo com a sua validade, baseada nos critérios de

exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que representa a leitura exaustiva do material e possível reformulação das hipóteses (BARDIN, 2016).

Para a fase de pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra após a leitura das gravações, garantindo fidedignidade das coletas.

Desse modo, na primeira etapa da organização, os dados foram inseridos em uma planilha Microsoft Office Excel®, desenvolvida pela pesquisadora e contendo os campos: caracterização dos participantes (código do entrevistado, data de nascimento, estado civil, raça/etnia, crença, US de lotação, gênero, data da formação e data de admissão); caracterização da atenção à saúde realizada à pessoa idosa (tempo de marcação de consulta, prioridade do idoso, atendimentos mais realizados ao idoso, comorbidades mais observadas, exames mais solicitados, dificuldades observadas, principais vulnerabilidades), conforme exemplificado no QUADRO 1. A planilha desenvolvida está disponibilizada na íntegra no ANEXO 1.

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

(continua)

| | Caracterização do Participante | Caracterização da Atenção à Saúde Realizada Pessoa Idosa | |
|-----|--|--|--|
| 01F | Código do entrevistado Data de Nascimento Estado Civil Raça/Etnia Crença US Lotação Gênero Data de Formação Data de Admissão | 1. Tempo de Marcação de Consulta | Semanas Dias Meses |
| | | 2. Idoso tem Prioridade | Sim Não |
| | | 3. Atendimentos mais Realizados ao Idoso | Consulta Vacina Curativo Entrega de Medicação Orientação Outros |
| | | 4. Que Comorbidades são mais Observadas | HAS DM Pneumopatias |
| | | | Osteomusculares Neoplasias Transtorno Mental |
| | | 5. Exames mais Solicitados | Eletrocardiograma Ecocardiograma Radiografia Laboratoriais Tomografia Ressonância Outros |

FONTE: A autora (2021).

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

(conclusão)

| | Caracterização do Participante | Caracterização da Atenção à Saúde Realizada Pessoa Idosa | |
|--|--------------------------------|--|---|
| | | 6. Dificuldades observadas | Mobilidade Reduzida Problemas de Deglutição Integridade Cutânea Problemas Visuais Problemas Auditivos |
| | | 7. Principais vulnerabilidades | Solidão Dificuldade Financeira Acesso a Alimentação Exploração Econômica Outras Violências Outros |

SEGUNDA FASE: EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

A segunda fase desta pesquisa consistiu na criação de categorias, que são palavras-chave fundamentais para a organização dos dados. Para tanto realiza-se o recorte do texto em unidades de registro e a classificação e agregação dos dados “escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandarão a especificação dos temas” (MINAYO, 2010, p. 318).

Nesta etapa, os dados começaram a ser agrupados por unidades de registro únicas, ou seja, foi construído um quadro contendo dados semelhantes, tentando perceber as conexões entre eles, e armazenando em códigos.

O processo de categorização das informações do estudo está representado no QUADRO 2.

QUADRO 2 – ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| Palavra-chave/ Unidades de registro | Frases essenciais | Categorias Iniciais |
|---|---|--|
| Reconhecer Território Trabalho da Equipe Usuários Acesso | Primeiramente a gente tem que conhecer bem a nossa área de abrangência, a gente tem que ter um profissional em quantitativo adequado, a gente tem que ter recursos dentro da Unidade, para garantir o atendimento. | Percepção dos profissionais |
| Acompanhamento Tratamento Complicações Vínculo Acolhimento Equipe multidisciplinar | É importante que esse paciente receba o direcionamento do cuidado uma vez que muitas vezes esse paciente vai necessitar de acompanhamento, devido ao tratamento, ele vai muitas vezes ser direcionado para uma equipe multidisciplinar. | Continuidade do cuidado ABS |
| HAS e DM Mobilidade Problemas auditivos Compreensão Orientação | Tem bastante idoso com Diabetes e Hipertensão e as dificuldades que ele apresenta são a mobilidade e problemas auditivos. A compreensão fica difícil quanto vamos orientar. | Identificação das necessidades de saúde |
| Acolhimento Demanda Prioridade Classificação de risco Consulta Entrega de medicação Fluxos | O principal é o acolhimento, acolher aquele idoso, entender qual é a demanda dele, realizar a classificação de risco na avaliação. | Processo de trabalho/integralidade na AB |
| Interesse Participação Acessível Dificuldade de compreensão Família | Facilidade, eles são acessíveis, mas às vezes o grau de entendimento deles dificulta quando a gente vai explicar alguma coisa em relação ao tratamento e a medicação, então ocorre que eles acabam por não aderir corretamente o tratamento, pois não seguem as orientações. | Facilidades e dificuldade no atendimento |
| Equipe Habilitada/capacitada Número adequado | Nós profissionais precisamos continuar com nossas atividades de educação e prevenção, precisamos interagir com as demais secretarias, tendo profissionais habilitados e em número adequado para os atendimentos. | Estratégias para garantir o cuidado |
| Característica população Participação Família Comunicação Instrumento | Uma das dificuldades é trazer o familiar para aderir nesse processo de tratamento, às vezes o idoso tem alguma dificuldade de compreensão. | Desenvolvimento de Instrumento |
| Investimento Vontade do gestor Autonomia profissional Preferência/ Agilidade/organização Equipe completa Transporte Sanitário | Acredito que primeiramente a vontade dos gestores, que priorizem este grupo, não só cumprindo o Estatuto do Idoso, para terem preferência e agilidade nos atendimentos, alinhado com as necessidades deste, através de ações e melhoria nos investimentos e na prevenção de complicações. | Mudanças na ação do Cuidado |

FONTE: A autora (2021).

Em seguida, foi realizada uma leitura mais detalhada para aprofundamento do conteúdo analisado de acordo com o objetivo do problema da pesquisa em tela. Os dados encontrados subsidiaram a construção das categorias iniciais desta pesquisa, as quais, mediante processo de análise, foram aprimoradas e agrupadas em categorias intermediárias de

contexto da entrevista. Essas categorias foram agrupadas semanticamente e visando estabelecer uma relação entre o resultado das entrevistas, a assistência prestada nos serviços de saúde do município e as políticas de atenção à saúde da pessoa idosa, conforme apresentado no QUADRO 3.

QUADRO 3 – CATEGORIAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| Categoria Inicial | Categoria Intermediária | Categoria final (desfecho) |
|--|--|--|
| Percepção dos profissionais. Continuidade do cuidado ABS. Identificação das necessidades de saúde. Processo de trabalho/integralidade na ABS. Facilidades e dificuldade no atendimento. Estratégias para garantir o cuidado. Desenvolvimento de Instrumento. Mudanças na ação do Cuidado. | 1. Integralidade e Continuidade do Cuidado na ABS. 2. Identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa. 3. Estratégias para o desenvolvimento de Material Educativo voltado a continuidade do cuidado na ABS. | 1. A continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS. 2. Estratégias identificadas para garantir a continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS. |

FONTE: A autora (2021).

Neste estudo as categorias finais criadas representaram, portanto, as categorias empíricas e subcategorias empíricas que emergiram e estão dispostas no QUADRO 4.

QUADRO 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| CATEGORIA EMPÍRICA | SUBCATEGORIAS |
|--|---|
| 1- A continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS | 1. Percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado na ABS 2. Percepção do enfermeiro sobre a população idosa atendida na ABS 3. Percepção do enfermeiro sobre a integralidade do cuidado à pessoa idosa na ABS 4. Instrumentos de transição para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS 5. Facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS |
| 2- Estratégias identificadas para possibilitar a continuidade do cuidado a pessoa idosa na ABS | 1. Informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS 2. Possibilidades de mudanças na ação da continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS |

FONTE: A autora (2021).

TERCEIRA FASE: TRATAMENTO DOS RESULTADOS OBTIDOS E INTERPRETAÇÃO

Os dados já categorizados foram analisados correlacionando-os com o referencial teórico que fundamentou a pesquisa. A terceira fase consistiu no tratamento dos resultados, na realização de inferências e interpretação. Nesta fase, as informações foram condensadas e destacadas, passando-se a interpretações inferenciais, conforme Bardin (2016).

Ao concluir o fechamento das entrevistas com os profissionais enfermeiros através da análise dos conteúdos, discutidos com a literatura buscou-se uma forma atual de educação em saúde ao qual pudesse transformar a interação e a comunicação, entre os profissionais, levando esta pesquisadora a elaboração de uma cartilha, apresentado o tema principal deste estudo ao qual será apresentada no capítulo 6.2.

CONTEÚDOS DA CARTILHA

Para evitar a sobrecarga de conteúdo e de informações na cartilha, foi realizado uma síntese das categorias originadas a partir das entrevistas elencando temas prioritários e, discutidas com a literatura científica.

O levantamento bibliográfico para construção da cartilha deu-se, majoritariamente, pela Biblioteca Virtual da Saúde utilizando as seguintes palavras-chave/descriptores: “continuidade do cuidado”; “transição do cuidado”; transição do cuidado à pessoa idosa”. Também foram utilizados textos de Leis, tais como Lei Orgânica 8.080 de 1990.

A síntese está apresentada em uma sequência descrita em quatro capítulos conforme FIGURA 3. O conteúdo na íntegra está apresentado em APÊNDICE 3.

O capítulo I teve como objetivo apresentar o conceito de RAS, estimular o enfermeiro a conhecer como a RAS do seu município está estruturada, conceito de ABS e ambulatório (serviços de saúde ofertados pelo município em que o estudo foi desenvolvido).

O capítulo II descreve o conceito de continuidade e transição do cuidado, integralidade e acolhimento. O intuito deste capítulo é esclarecer teoricamente os enfermeiros sobre os temas e estimulá-los a explorar a compreensão do conceito.

O capítulo III apresenta elementos essenciais da Continuidade e transição do cuidado, porém, estes, estão além das possibilidades de atuação e resolutividade somente a partir dos enfermeiros.

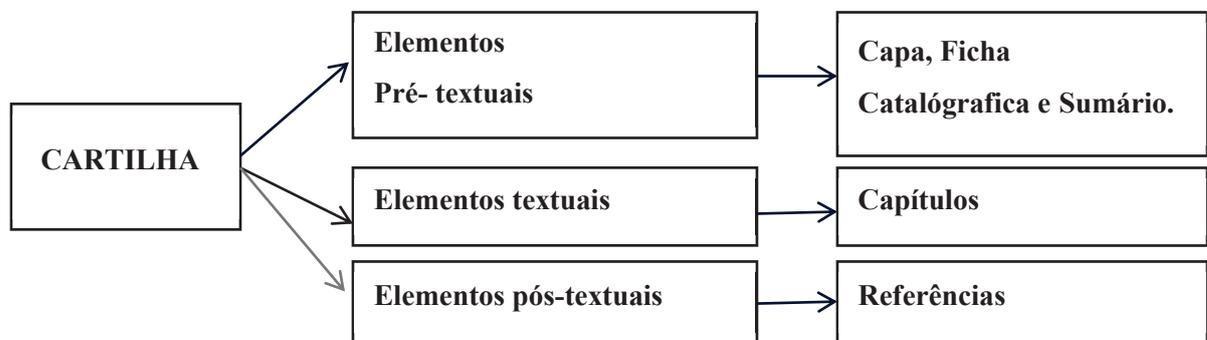
O capítulo IV apresenta orientações que são fundamentais para realização da continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa.

5.4 FORMULAÇÃO E MONTAGEM

A realização da formulação e montagem do produto ocorreu entre os meses de maio a julho de 2021. Os conteúdos foram criados utilizando o programa de computador, Microsoft Word 2010.

A diagramação foi organizada de acordo com a FIGURA 3.

FIGURA 3 – ESTRUTURA DA DIAGRAMAÇÃO DA CARTILHA.



FONTE: Autora (2021).

A fonte para o texto foi Nunito Sans Regular, tamanho 11, tudo isso para garantir a boa visualização pelos indivíduos que viessem a consumi-la.

Os conteúdos da cartilha foram elaborados de forma clara e dinâmica e, aproximando com cuidado a linguagem com o usuário, destacando os temas de maneira coerente alcançando o objetivo proposto. O vocabulário utilizado em materiais impressos deve ser coerente com a mensagem que se pretende transmitir e com o público alvo a que se destina. Espera-se que sua leitura seja fácil, convidativa e compreensível (SILVA; BEZERRA; BRASILEIRO, 2017).

Com o auxílio de uma profissional de artes visuais foi realizada a escolha das ilustrações que melhor retratasse as informações contidas na cartilha, ela foi construída na plataforma digital Canva, e suas imagens e ícones, estão sobre as regras Creative Commons, a plataforma permite que o usuário desenvolva seu template.

Quanto às ilustrações foram selecionadas imagens e ícones que ajudassem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto. As ilustrações foram dispostas de

modo fácil próximas ao texto aos quais se referem para o público alvo compreender facilmente que colaboraram para a personalização do designer da cartilha

É necessário que a cartilha tenha uma boa aparência, através da ilustração, além disso, deve ser compreensível e esclarecedora. Com o compromisso de atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. No intuito de tornar a cartilha mais atrativa e mais próxima ao público-alvo (SILVA; BEZERRA; BRASILEIRO, 2017).

Teve-se o cuidado de usar as cores neutras e cautela para não deixar a cartilha visualmente poluída. Na parte final da cartilha, foram acrescentadas as referências. A última etapa da elaboração da cartilha foi a diagramação, a qual corresponde à organização e formatação do material.

Nesta cartilha também houve a inclusão de um podcast, foi mais uma estratégia para traduzir a mensagem da cartilha, enquanto tecnologia para educação em saúde, trazendo uma entrevista com uma profissional especialista em Continuidade e transição do cuidado para demonstrar a relevância do assunto abordado fortalecendo os conceitos e atributos do SUS, através de inovações na prática educativa.

A cada seção foram apresentados temas que emergiram das falas dos entrevistados, as quais são também relevantes aos gestores municipais, foram incluídas também as informações necessárias para o leitor compreender, fortalecer e promover ações para a pessoa idosa interagindo com seus pares, família e comunidade, aproximando a linguagem ao público alvo

O uso de podcast é útil no desenvolvimento de competências para atuar frente ao processo de prevenção de doenças e na promoção da saúde, visto que permite expressar conhecimentos, valores e crenças de cidadãos e suas coletividades (MUNIZ, 2017).

Cada capítulo que foi apresentado na figura 3 gerou um podcast com informações extras. O podcast consiste na gravação de áudios com conteúdos temáticos, quer sejam aulas, músicas, entrevistas, diálogos, entre outros, que podem ser acessados através da internet e serem utilizados por meio desta ou de modo off - line em reprodutores de música de fácil acesso, tais como computadores, celulares, mp3 players e iPods. (MEHI, 2015; FERREIRA, 2019).

Objetivando deixar a cartilha mais dinâmica, interativa e de fácil acesso para leitura, o material produzido poderá ser visualizado a partir do recurso online chamado flipbook, que é uma forma de animação, onde quando as páginas são repassadas rapidamente, ocorre a

ilusão de óptica, dando movimento às imagens das páginas. Vilela (2005, s. p.), utilizando a plataforma Canva ao qual fornece este recurso.

A cartilha está disponível para os profissionais em forma de um cartaz, ao qual o profissional pode acessar o conteúdo, através de um *QR Code* que irá levar o usuário ao conteúdo desenvolvido. A tecnologia *QR Code* permite, portanto, armazenar diferentes tipos de dados, incluindo caracteres alfabéticos, numéricos, símbolos e binários. O uso do *QR Code* está presente em diversas áreas, proporcionando ao acesso rápido às informações e aos mais diversos tipos de serviços (SAIDELLES, 2019). Tendo registros através da ficha catalográfica e registro ISBN (International Standard Book Number).

A cartilha foi estruturada didaticamente em quatro capítulos conforme disposto a seguir:

QUADRO 5 – SÍNTESE DE CONTEÚDO DA CARTILHA. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| | |
|---|--|
| Rede de atenção à saúde | <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é Rede de Atenção à Saúde ✓ Como conhecer a Rede de Atenção à Saúde do seu município? ✓ O que é Atenção Básica à Saúde ✓ O que é Ambulatório Especializado ✓ Rede de Atenção à Saúde de Colombo |
| Continuidade e transição do cuidado | <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é continuidade do cuidado ✓ Conceituando Integralidade ✓ Reconhecimento das necessidades de saúde ✓ Acolhimento ✓ Integralidade do cuidado à pessoa idosa ✓ O que é Transição do Cuidado |
| Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistemas de Informação sincronizados ✓ Financiamento ✓ Composição ideal das equipes ✓ Instrumentos para a transição do cuidado ✓ Transporte sanitário ✓ Equipes de Saúde e Educação Permanente em Saúde |
| Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado à pessoa idosa | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estratégias para realizar a transição de cuidado ✓ Materiais educativos na Atenção Básica ✓ Integralidade do cuidado à pessoa idosa |

FONTE: A autora (2021).

A Cartilha será apresentada na íntegra no APENDICE 3.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O tema desta pesquisa foi apresentado aos gestores de saúde do município abordando inicialmente que o trabalho realizado pelo profissional da Atenção Básica tem papel primordial, através dos mecanismos de prevenção, promoção, diagnóstico precoce incluindo o referenciamento do usuário aos serviços especializados e o compartilhamento da continuidade do cuidado entre os profissionais de saúde.

No processo de negociação, estavam presentes: o gestor da pasta - Secretário de Saúde, a Direção Administrativa e a Direção de Atenção à Saúde responsável pela manutenção e recursos humanos dos equipamentos de saúde.

Como o tema foi considerado relevante e oportuno, na apresentação explicitaram-se os objetivos, período a ser realizado e a importância dessa tecnologia para o município e seus profissionais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Respeitando as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, e aprovado sob o parecer número CAAE 38930620.5.0000.0102, em 07 de dezembro de 2020. Os preceitos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados de acordo com a legislação vigente e, para tal, foram explicados aos participantes todos os riscos e benefícios de sua participação. Após o aceite, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos entrevistados foram identificados por números ou letras, seguindo a codificação pela letra P seguida de um algarismo numérico, como por exemplo, P1 (Profissional 1), P2 (Profissional 2) e assim sucessivamente, a preservar suas identidades e manter o sigilo do estudo, valorizando a validade de expressão verbal dos entrevistados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados por capítulo. O primeiro capítulo corresponde a caracterização dos participantes do estudo que também serão o público-alvo deste estudo e está intitulado como “Caracterização dos participantes”.

Os capítulos 2 e 3 apresentaram a percepção de profissionais de saúde sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa. No segundo capítulo, foi apresentada a categoria intitulada “A continuidade do cuidado à pessoa idosa na AB”. Neste capítulo serão tratados todos os temas abordados durante as falas na entrevista, ou seja, palavras chaves levantadas no processo de categorização e análise.

O terceiro capítulo apresentará as “Estratégias identificadas para garantir a continuidade do cuidado à pessoa idosa na AB”, que apresentará as inquietudes, sugestões, quanto ao cotidiano do profissional, voltado à continuidade do cuidado à pessoa idosa.

Dos capítulos 2 e 3 emergiram os tópicos que compõem o produto desenvolvido, isto é a cartilha intitulada Introdução à Continuidade e a Transição do Cuidado da Pessoa Idosa entre a Atenção Básica à Saúde e o Ambulatório.

6.1 CAPÍTULO 1- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Ao analisar os resultados da primeira parte da entrevista, foi possível conhecer o perfil dos profissionais de saúde, do município investigado, evidenciando que (93,75%) dos profissionais enfermeiros são do sexo feminino e (6,25%) do sexo masculino; em relação a faixa etária há uma variação de idade entre 29 a 55 anos, predominando a faixa etária entre 30-40 anos (37,50%), com menor frequência de idade até 30 anos (6,25%).

Quanto ao estado civil dos profissionais, (56,25%), é casada, sua etnia/raça, (93,75%) é branca, a crença é: (75%) católico e (18,75%) protestante.

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| VARIÁVEIS | N | % |
|-----------------------|------|--------|
| Média de idade | 42,6 | |
| Mediana da Idade | 40,7 | |
| Menor Idade | 29,6 | |
| Maior Idade | 55,6 | |
| GRUPOS ETÁRIOS | | |
| Até 30 anos | 1 | 6,25% |
| De 30 a 40 anos | 6 | 37,50% |
| De 40 a 50 anos | 5 | 31,25% |
| Mais que 50 anos | 4 | 25,00% |
| Total | 16 | 100% |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casado | 9 | 56,25% |
| Companheiro fixo | 1 | 6,25% |
| Solteiro | 4 | 25,00% |
| Divorciado | 1 | 6,25% |
| Viuvo | 1 | 6,25% |
| Total | 16 | 100% |
| RAÇA/ETNIA | | |
| Branca | 15 | 93,75% |
| Parda | 1 | 6,25% |
| Negra | 0 | 0,00% |
| Indígena | 0 | 0,00% |
| Outras | 0 | 0,00% |
| Total | 16 | 100% |
| GÊNERO | | |
| Masculino | 1 | 6,25% |
| Feminino | 15 | 93,75% |
| Total | 16 | 100% |
| CRENÇA | | |
| Catolica | 12 | 75,00% |
| Protestante | 3 | 18,75% |
| Espirita | 0 | 0,00% |
| Judeu | 0 | 0,00% |
| Muçulmano | 0 | 0,00% |
| Outros | 0 | 0,00% |
| Não possui | 1 | 6,25% |
| Total | 16 | 100% |

FONTE: A autora (2021).

Em relação ao tempo de formação a média é 14,7 anos, e tendo como média de tempo de atuação no município 13,1 anos.

Ao indagar-se sobre ter experiência em ações programáticas com a pessoa idosa (81,25%) respondeu que possui experiência e (18,75%) disse não ter experiência, na questão

sobre capacitação ao cuidado de idosos na AB (75%) responderam que foram capacitados e (25%) que não receberam capacitação.

A seguir serão apresentados os dados de caracterização dos participantes neste estudo. (TABELA 4).

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DE FORMAÇÃO DOS PARTICIPANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| VARIÁVEIS | N | % |
|---|------|--------|
| TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS) | | |
| Média | 14,7 | |
| Mediana | 14,0 | |
| Menor tempo | 7,3 | |
| Maior tempo | 23,2 | |
| TEMPO ATUAÇÃO MUNICÍPIO | | |
| Média | 13,1 | |
| Mediana | 13,3 | |
| Menor tempo | 2,8 | |
| Maior tempo | 22,9 | |
| POSSUI EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NA APS? | | |
| Sim | 13 | 81,25% |
| Não | 3 | 18,75% |
| Total | 16 | 100% |
| RECEBEU CAPACITAÇÃO PARA O ATENDIMENTO DE IDOSOS NA APS? | | |
| Sim | 12 | 75,00% |
| Não | 4 | 25,00% |
| Total | 16 | 100% |

FONTE: A autora (2021).

Quanto ao perfil dos profissionais, os dados identificaram que 92,7% são do sexo feminino, 93% são etnia/raça branca, 56,2% são casadas e 37%, vivenciam a maturidade profissional. Outro destaque importante é a questão do aprimoramento profissional e capacitação, onde 75% dos profissionais entrevistados responderam que foram capacitados e 25% disseram não terem tido capacitação. Destarte que alguns dados obtidos nesta pesquisa vão de encontro com o estudo realizado pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017), ao qual demonstrou a similaridade entre eles: 86,2% sexo feminino, 57,9%, raça branca, 43,6% casados e 40% vivenciando a maturidade profissional, quanto a capacitação 69,9%, relatam ter sido capacitados, demonstrando a importância e presença nos serviços da política de educação permanente em saúde para subsidiar os profissionais de saúde, frente às necessidades de cada território.

6.2 CAPÍTULO 2 – A CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA AB

Entre os discursos dos participantes, evidenciou-se a percepção dos profissionais sobre a efetivação da continuidade do cuidado no cenário pesquisado, nos dando subsídios para uma ampla discussão não apenas dos dados apresentados como discutir a integralidade do cuidado, nos serviços aos profissionais de saúde, resgatando a RAS como parte do processo de organização do sistema de saúde.

A primeira categoria intitulada “A continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS” foi inserida nas percepções dos profissionais sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS. Os participantes apontaram que para alcançar o êxito em qualquer atividade, o trabalho em equipe é de suma importância principalmente, buscando conhecer seus usuários e suas necessidades de saúde, reconhecer o território, para assim prestar atendimento com base nas estratégias elaboradas pela equipe de acordo com a região e estrutura de seu estabelecimento. No trecho a seguir a entrevistada expõe as estratégias para manter a continuidade do cuidado no território.

Primeiramente a gente tem que conhecer bem a nossa área de abrangência, a gente tem que ter profissional em quantitativo adequado, a gente tem que ter recursos dentro da Unidade, que nos permitam monitorar e gerenciar o cuidado, através de um bom vínculo com a equipe e familiares. P1

Outros dois entrevistados detalham como é prestada a continuidade do cuidado na AB.

A partir do momento que o idoso se insere na Unidade Básica de Saúde, ele passa pelo acolhimento onde é realizada uma avaliação e a estratificação de risco por um profissional Enfermeiro ou Médico da saúde da família, levantando seus problemas e se necessário encaminhando-o através da referência ao ambulatório especializado. P5

O paciente geralmente busca, ou a equipe faz a busca através do ACS no domicílio, agendamos a consulta com o enfermeiro, faz a primeira avaliação solicita os exames conforme protocolo e assim que estiver pronto passa para o médico, e seguimos acompanhando-o na unidade. P10

6.2.1 Percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado na ABS

Nesta subcategoria os profissionais entrevistados enfatizam que para que os serviços de saúde garantam ao indivíduo a continuidade do cuidado, de acordo com as necessidades de cada cidadão, independentemente do nível de complexidade dos serviços a qual está sendo

assistido, é importante que não haja interrupções em suas opções de tratamento, mantendo seu acompanhamento mais próximo ao ideal de acordo com o descrito nas diretrizes do sistema de saúde. Como veremos na próxima fala:

Então, é necessário que esse paciente receba um acolhimento com escuta qualificada. E na condição do cuidado integral à saúde, a ABS tem o papel de ser a articuladora na rede de atenção. Pois em seu retorno do nível de especialidade muitas vezes o paciente necessita manter o seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde. P5

Outro entrevistado enfatiza o papel de articulação exercido pela ABS entre o território e os cidadãos, valorizando o papel do profissional e da equipe que por intermédio do vínculo com a família, tem a oportunidade de acompanhar continuamente a pessoa idosa, reconhecendo em tempo oportuno às complicações resultantes das suas necessidades de saúde, direcionando a continuidade do cuidado por meio da equipe multidisciplinar, como descrito em trecho a seguir.

Quero frisar o papel de articulador da UBS que tem que estar preparada para receber essas demandas que são encaminhadas do serviço secundário e terciário, mas acima de tudo, é importante que esse paciente receba o direcionamento do cuidado uma vez que muitas vezes esse paciente vai passar por uma série de especialidades, ele vai muitas vezes ser direcionado para uma equipe multidisciplinar; é importante que ocorra a comunicação tanto do ponto de vista da equipe multiprofissional que responde pelo plano de cuidados desse paciente, mas a articulação, entre a rede. P10

6.2.2 Percepção do enfermeiro sobre a população idosa atendida na ABS

Ao discutirmos as questões referentes à população idosa, observa-se nos discursos dos profissionais que o atendimento a esta população é investigado, apresentando, em sua maioria: Hipertensão e Diabetes. Quanto às dificuldades que esses idosos apresentam, os profissionais referem, sobretudo, a mobilidade prejudicada e problemas auditivos que dificultam a compreensão dos procedimentos e orientações que serão realizados. Além disso, os entrevistados destacaram a situação financeira como importante vulnerabilidade identificada nos idosos que compõem o território, como percebemos no relato abaixo:

A nossa unidade tem bastante idoso com Diabetes e Hipertensão e as dificuldades que ele apresenta são a mobilidade. Quanto à vulnerabilidade é a solidão, porque eles precisam muito ser ouvidos. É interessante quando chegamos e eles querem nossa presença. P12

A entrevistada seguinte detalha a solidão enfrentada pelos idosos, além das comorbidades apresentadas:

Com certeza Diabetes e Hipertensão, e quanto a vulnerabilidade é a solidão. Tenho muito idoso que mora sozinho, que não quer morar com ninguém, e muita família que também não quer receber o idoso. Esse é o maior problema que vejo aqui. P10

Os entrevistados demonstraram durante a pesquisa que em suas percepções do cotidiano o Transtorno Mental tem se tornado uma queixa muito frequente na população idosa, o que pode ser verificado nos trechos a seguir:

Principalmente a Hipertensão e Diabetes, mas tenho percebido bastante idosos com doenças relacionadas à saúde mental, exemplo: problemas de depressão, insônia e uso abusivo de medicações controladas. P6

Claro que a Diabetes são as principais doenças crônicas que temos, mas percebemos que há um aumento de problemas mentais, através de solicitação de consulta de psiquiatria e psicologia. P7

As mais frequentes nesta unidade, são diabetes e hipertensão e doenças relacionadas à saúde mental. P5

6.2.3 Percepção do enfermeiro sobre a integralidade do cuidado à pessoa idosa na ABS

No que diz respeito às ações que versam sobre a integralidade do cuidado à pessoa idosa na ABS os participantes relatam que há garantia de atendimento prioritário ao idoso, além disso, referem que buscam priorizar os encaminhamentos às especialidades ou exames de acordo com a necessidade de cada pessoa, avaliada pelo profissional, através do acolhimento, consulta e orientação.

Em minha unidade o idoso tem prioridade, em partes, depende do quadro apresentado no dia da solicitação do agendamento, se for agudo imediato e se for acompanhamento o agendamento é durante a semana. P12

As unidades realizam acolhimento com classificação de risco, para melhor subsidiar a avaliação do atendimento, como declarada nesta entrevista:

Nesta unidade o idoso possui prioridade sim, para qualquer atendimento ou procedimento, através do acolhimento com classificação de risco. P8

6.2.4 Instrumentos de transição para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS

Foi unânime entre os enfermeiros entrevistados o relato de que há uma organização no processo de trabalho, em suas unidades, voltados às ações da pessoa idosa desde a implantação do prontuário eletrônico e o sistema de informação no município.

O principal é o acolhimento, acolher aquele idoso, entender qual é a demanda dele, realizar a classificação de risco na avaliação. P3.

O atendimento é realizado a pessoa idosa desde sua chegada, na primeira abordagem, as atividades realizadas pela equipe multiprofissional, finalizando com o desfecho do atendimento, e se for necessário, uma nova avaliação por um profissional, especialista será referenciado ao ambulatório especializado.

Os atendimentos mais realizados em nossa unidade são consulta, entrega de medicação e orientação, quanto aos encaminhamentos são para cardiologista, endocrinologista, e geriatria, exames laboratoriais e eletrocardiograma os mais solicitados. P9

Um entrevistado destacou o fluxo de encaminhamento da linha do idoso ao ambulatório especializado.

A gente segue o fluxo da linha do idoso, que será encaminhado ao ambulatório de atendimento através da central de marcação de consultas do município. P16

Percebe-se que para a maioria dos participantes quando perguntado se em seu processo de trabalho seguem algum fluxo ou protocolo voltado ao cuidado da pessoa idosa, a resposta é negativa, informando que não há esse tipo de material disponível. Todavia, o relato desses mesmos profissionais deixa claro que existe a adesão a um fluxo – mesmo que informalmente e não publicizado – para o atendimento a população idosa, especificamente o fluxo atendimento do município e protocolos vigentes de Hipertensão e Diabetes.

O Agente de Saúde traz a demanda ao enfermeiro da unidade, é agendada uma avaliação, desta avaliação é agendado uma consulta para o profissional médico, o profissional atende solicita exames, após os exames ficarem prontos se houver a necessidade o profissional encaminha através da referência ao ambulatório. P4

6.2.5 Facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS

Entre as facilidades e dificuldades apontadas nas entrevistas observou-se entre os profissionais, em que há três questões levantadas a primeira sobre a facilidade quanto ao atendimento, revelando que à uma melhor interação com a pessoa idosa, pois demonstram interesse em participar das atividades de educação propostas pela unidade.

Facilidade sim, porque os pacientes idosos normalmente tem uma abertura maior com a gente, assim eles conversam mais, gostam de participar dos grupos, eles tem essa interação. P12

Na próxima fala veremos que uma das questões abordadas é que a pessoa idosa possui uma falta de clareza quanto aos fluxos de encaminhamento, tratamentos e dificuldades quanto ao acompanhamento das suas necessidades como apreciada na próxima fala:

Facilidade, eles são acessíveis, mas às vezes o grau de entendimento deles dificulta quando a gente vai explicar alguma coisa em relação ao tratamento e a medicação, então ocorre que eles acabam por não aderir corretamente o tratamento, pois não seguem as orientações. P8

Na última questão destaca-se a ausência da família no acompanhamento realizado tanto pelo serviço primário como o secundário, contribuindo assim para a descontinuidade do cuidado, como veremos na próxima fala:

As maiores dificuldades são de o paciente compreender as orientações e ter um familiar presente para aplicar o que orientamos, e assim o idoso fica desassistido não dando seguimento ao acompanhamento e tratamento. P7

A partir da análise dos resultados que compõem o Capítulo 1 foi possível elencar os principais temas que subsidiarão a construção da cartilha no tocante à temática da continuidade do cuidado. Esses temas estão representados na FIGURA 4.

FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO DOS TEMAS DE INTERESSE PARA A CARTILHA QUE CONSTAM NO CAPÍTULO 1.



FONTE: A autora (2021).

Em relação às falas dos entrevistados, a primeira que vamos debater é “A continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS” aos quais foram apontadas como fator importante no processo de organização do trabalho é de como vem sendo realizado a continuidade do cuidado à pessoa idosa no município investigado.

Neste aspecto os profissionais destacam a relevância de conhecer o território, conhecer sua população, fragilidades e necessidades de saúde, para assim desenvolver atividades de promoção e prevenção voltadas à população idosa. Silva e Fonseca (2019) relatam que para a continuidade do cuidado é imprescindível que o profissional de saúde conheça seu território, pois é através da observação das dinâmicas da atividade humana e situações de risco nele materializados, com historicidade e mobilidade é possível intervir sobre os condicionantes, os riscos e os impactos à saúde, em especial, do cidadão que nele habita.

Almeida et al. (2018) destaca que os idosos representam uma parcela importante dos usuários no sistema de saúde, o que, em muitos cenários demanda a reconfiguração dos serviços, a readequação da oferta e qualificação de recursos humanos, a fim de garantir acesso para atendimento das necessidades de saúde dessa população.

Silva (2018) em seu estudo realizado em Pato de Minas - MG identificou que é fundamental conhecer o território, pois se consegue identificar os fatores e condições

pertinentes aos processos de saúde e doença de determinada região. A partir disso, é possível delinear o perfil da população, o que contribui para a elaboração de medidas adaptadas à realidade da região e facilita a organização da agenda da unidade local, pois identifica os pontos de maior demanda no território.

Lemos (2020) descreve em seu estudo realizado em São José do Rio Preto - SP as reflexões acerca da integralidade, as quais também foram apontadas neste estudo, uma vez que os profissionais necessitam se conscientizar que a atenção à saúde deve ser acolhedora, humanizada, contextualizada com olhar para o território. Esse estudo também aponta que integralidade acontece como fruto de uma construção coletiva, trabalho em equipe por meio de articulação das práticas intersetoriais, a própria prática do acolhimento por meio da escuta qualificada, atendendo às necessidades de saúde trazidas pelo cidadão.

Além do conhecimento do território há questões apresentadas pelos entrevistados que trazem preocupação aos profissionais da ponta, pois alguns territórios são extensos e nem sempre o cidadão tem um transporte público próximo a sua casa que o leve ao serviço de saúde, aumentando as dificuldades no acesso ao serviço. Alves (2009) aponta que o acesso também pode ser entendido na perspectiva da distância entre a unidade e a residência do indivíduo, incluindo barreiras geográficas, meio de deslocamento, dificuldades para ser atendido como: fila, tempo de espera, tratamento recebido, prioridades em situações de risco, respostas para os problemas e agendamentos.

Após os participantes desta pesquisa, destacarem sobre território e acesso como elementos essenciais para garantir a continuidade do cuidado, foram apontados e enfatizados a importância de uma equipe, que valoriza a escuta inicial e o acolhimento, atividades estas desenvolvidas em todas as unidades que foram investigadas, pois são vistas como estratégias que permitirão conhecer as especificidades da população, principalmente quando falamos da pessoa idosa.

Pois a assistência ao idoso vai além daquelas prestadas às mudanças fisiológicas advindas do envelhecimento, pois repercute nas dificuldades vivenciadas por esse idoso, em seu cotidiano que são enfrentadas tanto por ele quanto pelos seus familiares.

O próximo apontamento realizado pelos entrevistados foi a escuta qualificada a a qual foi apontada como atividade de grande valia no atendimento à pessoa idosa e o autor Raimundo (2012) destaca que realizar a escuta qualificada demonstra que o serviço de saúde possui uma postura capaz de acolher e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, identificando suas necessidades e dando encaminhamento para a solução de seus problemas.

Em consonância com o tema apontado no parágrafo anterior Farias (2015) aponta que o acolhimento pode ser utilizado como ferramenta de reorganização do processo de trabalho, tendo por objetivo melhorar a satisfação dos usuários, diminuir o número de filas, aumentar a resolubilidade do atendimento, contribuindo para diminuir a demora dos usuários em conseguir consulta e filas com longo tempo de espera, vindo de encontro com as necessidades apontadas no município investigado. O acolhimento deve ser destacado como recurso diversificado com múltiplas interfaces na saúde do idoso e que pode interferir durante a efetivação do cuidado, sendo considerado um desafio para as equipes de saúde (ROCHA et al., 2018).

Dentre as atividades citadas que trazem melhora no atendimento pelos entrevistados está o acolhimento que contribui para aproximar a comunidade dos serviços de saúde. Bazílio (2020) em seu relato de experiência aponta que acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos, proporcionando uma devolutiva à sociedade, melhorando a qualidade de vida ele também é visto como uma dimensão política, pois implica em um compromisso coletivo de potencializar as relações, a autonomia e protagonismo do sujeito, priorizando organização do processo de trabalho para que não se torne uma triagem burocrática, mas sim um ambiente de relação que facilite o sentimento de pertencimento, deve ser também interpretado como um dispositivo relacional, e articulado trazendo humanização no cuidado, permitindo receber, escutar e tratar as demandas, criando assim condições adequadas para a manutenção da saúde e o cuidado integral.

O ato de acolher excede a perspectiva do acesso ao serviço de saúde, perpassa uma ação de porta de entrada e recepção do usuário. Portanto, o acolhimento é compreendido como um processo contínuo que exige dos profissionais de saúde sensibilidade, conhecimento e responsabilização ativa pela condição de saúde do idoso (GONÇALVES; BIERHALS; PASKULIN, 2015; LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

As políticas de saúde relacionadas aos idosos preconizam que as pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar envolvidos no planejamento e na implementação de atividades para ampliar o saber relacionado ao envelhecimento ativo e seu cuidado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005). A doença crônica nessa situação não é sinônimo de inutilidade ou de dependência, e a família exerce papel fundamental nestas circunstâncias, pois pode reforçar nos idosos o cuidado consigo mesmos, propiciando o exercício da sua autonomia (ROCHA et al., 2014).

Partindo do pressuposto que já foram levantados atividades e conceitos importantes para a continuidade do cuidado à pessoa idosa os entrevistados indicam através das entrevistas quais as doenças crônicas são mais frequentes em seus territórios, entre elas: hipertensão e diabetes, respostas unânimes pelos profissionais, tendo como terceira doença o transtorno mental e a solidão como vulnerabilidade que mais tem se apresentado como queixa da pessoa idosa.

Considerando que um dos desafios que envolvem o envelhecimento, é a solidão, Carmona (2014) define que esta situação é uma reação emocional de insatisfação provocada pela ausência ou deficiência de relacionamentos significativos, ao qual inclui algum tipo de isolamento; trata-se de sentimento penoso e doloroso, de carência que faz referência aos outros. Nesse público, a solidão pode propiciar declínio da saúde mental e sintomas indicativos de depressão, consumo de substâncias ilícitas e tentativas de suicídio, portanto destacamos a importância do acolhimento e a escuta qualificada para atender as situações de vulnerabilidade, procurando ajudar e prevenir complicações através de um atendimento eficaz.

Um estudo epidemiológico demonstrou que o envelhecimento está relacionado ao aumento do risco de apresentar doenças crônicas, e o controle e prevenção de doenças como a diabetes e a hipertensão é importante não só para a melhoria da condição de vida dos indivíduos, mas também para a diminuição da carga de doenças cardiovasculares na população idosa (MENDIS, 2014). Portanto as diversas demandas desencadeadas pelo processo do envelhecimento populacional são compreendidas como um grande desafio para efetivação da integralidade na atenção à população de pessoas idosas.

Quanto à integralidade do cuidado os profissionais percebem que garantir o atendimento à pessoa idosa em suas respectivas unidades permite cumprir o princípio da integralidade do SUS e a Lei do Estatuto do Idoso, que apresenta em seu:

Art. 15 ao qual diz que é assegurado a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, não paginado).

Os profissionais entrevistados estão atentos a este tema, sempre buscando organizar seu processo de trabalho, cumprindo com as atividades que trazem respostas positivas a comunidade. Torres e colaboradores (2020) relatam que ao consolidarem-se as políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à ABS irão garantir a integralidade do

cuidado. Pois o adequado funcionamento da ABS é essencial à atenção ao idoso, devido a seu papel de coordenador da RAS lembrando que UBS, é porta de entrada do sistema de saúde e tendo como deve gerenciar o cuidado por meio da elaboração de plano de cuidados individualizados, com provimento de orientações ao autocuidado, suporte à família e cuidadores, ações de educação em saúde (SANTOS, 2010).

No que diz respeito aos instrumentos de trabalho utilizados no cotidiano laboral, os participantes destacaram que o sistema de informação, organiza a recepção dos usuários na primeira abordagem no serviço de saúde. Destarte que todas as unidades em que os entrevistados atuavam há presença de um sistema de informação com prontuário eletrônico e protocolos vigentes de atendimento e acompanhamento às doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes Mellitus, sendo os idosos atendidos seguindo estes instrumentos, não tendo nada específico do município a pessoa idosa.

Moreira (2019) em seu estudo que os protocolos assistenciais têm como objetivo nortear o passo a passo das ações de saúde, onde por meio desta padronização é possível otimizar o tempo para a realização dos cuidados pela equipe de enfermagem. A ausência de protocolos que padronizam as atividades e os serviços de saúde dificulta a organização das práticas de cuidado, e quando frente a uma alta demanda pode vir a interferir na qualidade e resolutividade do serviço prestado.

Além do sistema de informação, os profissionais necessitam de ferramentas importantes para o desempenho de suas atividades. Nascimento (2019) enfatiza que todo processo de trabalho, equipes de saúde necessitam de planejamento e organização para o pleno desenvolvimento de suas atividades, garantindo uma integralidade da assistência, destaca que há também estratégias e ferramentas disponíveis, como o fluxograma que consiste em uma técnica de representação gráfica que se utiliza símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa de determinado fluxo ou processo, bem como sua análise e redesenho.

Todo ambiente de trabalho necessita de fluxos no caso da saúde, os fluxos que se estabelecem entre serviços são fluxos de usuários, informações e equipamentos. É necessário compreender que o encaminhamento do usuário do SUS para atendimento em outro nível de atenção (ou complexidade) da mesma estrutura depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Os fluxos assistenciais visam, portanto, orientar o percurso do cidadão pelo sistema de saúde, mas também funcionam como instrumento de trabalho para a gestão em relação à programação e avaliação do atendimento, e esta ferramenta que percebemos entre as falas dos profissionais que fazem falta para ajustes na organização do trabalho. Como, por exemplo, na assistência, servindo para orientar o profissional durante o desenvolvimento de sua atividade com eficiência, ou seja, atua como um instrumento para a coordenação do cuidado (SILVA; SANCHO, 2015).

O plano de cuidados deve ser centrado e impulsionado pelas necessidades em saúde de cada cidadão. Desse modo, a continuidade do cuidado ocorre quando três dimensões do conhecimento estão alinhadas e integradas entre pacientes e os profissionais de saúde, ou seja, relacionamento, comunicação e coordenação do cuidado fornecem uma estrutura organizadora para que a transição do cuidado, ocorra de forma segura e efetiva (BAHR; WEISS, 2018).

Quando debatemos a questão da melhora do processo de trabalho, Almeida et al. (2018) discorre que a organização da porta de entrada é um dos elementos essenciais para potencializar a ABS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde e está composta pelo seguinte conjunto de indicadores: acolhimento, atendimento à demanda espontânea e atendimento de urgência e emergência. Ao se tomar como foco essa dimensão, entende-se que uma ABS coordenadora do cuidado deve ser capaz de realizar o agendamento para sua rede de referência e de monitorar as filas e os tempos de espera para atenção especializada, desde que tenha à disposição, por exemplo, instrumentos que permitam a integração assistencial, como centrais de regulação/marcação e prontuários eletrônicos compartilhados.

É evidente que todo acompanhamento a pessoa idosa precisa de uma comunicação entre os equipamentos de saúde para que não se perca a linha de cuidado, e Brondani e colaboradores (2016) descrevem sobre as angústias compartilhadas entre os profissionais ao qual é um trabalho caracterizado como solitário devido à ausência de retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado e à falta de responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado, o que compromete a efetividade dos processos de referência e contrarreferência. Esses processos encontram resistências e dificuldades para a sua efetivação e formalização, sendo necessária a sensibilização/capacitação sobre a RAS com vistas a oferecer ao usuário cuidado integral. É nesse contexto que se inserem a atuação multiprofissional e interdisciplinar e a necessidade de trabalhar em redes.

Para os participantes deste estudo, outra estratégia que garante a continuidade do cuidado na ABS é a UBS possuir equipe completa e capacitada, com vistas a fornecer à pessoa idosa um atendimento de qualidade e eficiente. Todavia, a realidade apresentada por muitos dos entrevistados indica uma rotatividade grande de profissionais no município investigado, o que acaba por fragmentar o cuidado e a comunicação entre os profissionais e os demais setores, trazendo à pessoa idosa dificuldades no acompanhamento de saúde. Essa situação traz prejuízos consideráveis à gestão, gerando gastos de recursos públicos no recrutamento e seleção de novos servidores para compor as escalas, causando transtornos no atendimento ao cidadão.

Em relação a questão de rotatividade de profissionais médicos Araújo (2020) descreve que a rotatividade compromete as relações entre equipes e população já que, no modelo da ESF, o foco da atenção está na família e na comunidade, valorizando um elo estreito entre elas e os profissionais de saúde, tornando a população carente de atendimento e, por consequência, promovendo o descrédito no sistema, tornando o vínculo cada vez mais difícil para atendimento das políticas públicas almejadas, como também a continuidade do cuidado à pessoa idosa.

Ao formar o vínculo profissional-usuário na atuação em uma ESF, traz o significado de estreitar relações com o outro, educando-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos, dessa forma, a competência de perceber-se com o outro e a partir do outro, torna-se uma exigência eficaz (BACKES et al., 2015).

Ao discutirmos com os entrevistados sobre as facilidades e dificuldades no cuidado à pessoa idosa foi possível verificar temas centrais nos discursos analisados. Em relação à facilidade chamou atenção a percepção dos entrevistados sobre a facilidade para iniciar e manter o relacionamento com a pessoa idosa. Os profissionais destacaram que a receptividade da população idosa, o desejo de partilhar histórias vividas e a carência por escuta e atenção facilitam a aproximação e a formação de vínculos.

No que diz respeito à dificuldade relacionada ao cuidado da pessoa idosa, os participantes evidenciaram a dificuldade dos idosos em compreender as orientações fornecidas, em virtude da idade avançada, tempo de estudo, ou outras situações que possam dificultar a compreensão do idoso. Nesses casos, os profissionais enfatizam a necessidade de o idoso acessar o serviço de saúde acompanhado de um familiar, com vistas a facilitar a compreensão e adoção das orientações e tratamentos propostos nos serviços de saúde.

Dentre as questões abordadas com os entrevistados das dificuldades apresentadas pela pessoa idosa está a incapacidade cognitiva, onde os autores Holz (2015) e Gonçalves

(2016) dizem que é um dos principais componentes da síndrome geriátrica cujo impacto social e pessoal, interfere diretamente sobre a qualidade de vida. Alterações cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento levam à dificuldade de atenção, dificuldade em atividades de vida diária, diminuição da tomada de decisão, comunicação prejudicada e um consequente afastamento social.

Nas discussões sobre a presença da família no acompanhamento da pessoa idosa, foi unânime a resposta dos entrevistados, que há a necessidade da participação em todo processo do cuidado, ofertado pela UBS que o acompanha como: consultas, procedimentos, dispensação de medicação e orientação. A família tem um papel fundamental no processo de envelhecimento, e mesmo que a pessoa idosa não dependa dos familiares nas atividades da vida diária, o conforto estabelecido pela presença de pessoas próximas acarreta em bem-estar biopsicossocial (AZEVEDO; MODESTO, 2016). Propiciar as relações de cuidado, atenção, intimidade e proteção, sendo fatores fundamentais para um ambiente harmônico durante o curso de vida.

Considerando que a equipe multiprofissional precisa estar atenta a todos os possíveis sinais que o idoso precisa de auxílio em seu acompanhamento, resgatar vínculos familiares se faz necessário, pois trará entendimento sobre o meio em que vive e quem é sua rede de apoio, aos quais são fatores importantes que contribuem para a continuidade do cuidado com o acompanhamento do caso e para a aderência ao tratamento (SCIAMA; GOULART; VILLELA, 2020).

Melo et al. (2016) destaca que o conceito de família tem sofrido transformações constantes, emergindo novos tipos de organização, valores e relações, que podem interferir no bem-estar do idoso. Essa falta de apoio e assistência pode interferir negativamente na sua saúde, provocando mais comorbidades ou acentuando as já existentes (SOUZA et al., 2014). Portanto é necessário que os profissionais estejam atentos se utilizando dos instrumentos e ferramentas para atender com eficiência e assim promover a continuidade do cuidado.

6.3 CAPÍTULO 3 – ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS PARA POSSIBILITAR À CONTINUIDADE DO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA ABS

Na categoria intitulada “Estratégias identificadas para garantir à continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS” os depoimentos revelam a importância de ter equipe multiprofissional, habilitada, capacitada e em número adequado, para assim auxiliar em todo o acompanhamento, mas percebem se fragilidades significativas na ABS como a comunicação

intersetorial e a presença de da educação continuada nos serviços, melhorando o conhecimento dos profissionais, ao qual será tratado nas próximas falas:

Nós profissionais precisamos continuar com nossas atividades de educação e prevenção, precisamos interagir com as demais secretarias, como o Social, e necessitamos de capacitação, para renovar nossos conhecimentos. P6

Inicialmente uma escuta qualificada desde o momento que o paciente chega a nosso serviço, e o acompanhamento dos profissionais, ao longo do percurso do atendimento na AB, através de um agendamento eficaz. P11

6.3.1 Informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS

Os temas e assuntos mais relevantes abordados pelos entrevistados são: a importância de se ter uma equipe multiprofissional habilitada, reitera-se que 12 dos entrevistados relatam que foram capacitados ao atendimento do idoso.

O trabalho que o profissional de saúde desenvolve na ABS possibilita o desenvolvimento de diversas ações, as quais não são centradas em suas necessidades de saúde, mas que não devem ser ignoradas. No entanto, para modificar os níveis de saúde da população, o profissional precisa ser capacitado e atualizado de acordo com as características da sua população, baseado cientificamente, para assim poder com eficiência e qualidade.

A presença da equipe é bem importante, na parte das orientações, se pudesse usar uma palavra seria constante... Orientação sempre. P14

Eu não recebi capacitação para o atendimento à idosos, só lembro-me de ter visto durante a graduação. P13

Outra questão que tem grande importância para todos os entrevistados é a participação ativa da família no acompanhamento das questões de saúde da pessoa idosa.

A família é parte importante de todo processo da continuidade do cuidado, acompanhar o idoso, transmitir segurança, pois o medo do desconhecido é algo notório no ser humano e a família representa o refúgio e ajuda na compreensão das informações repassadas pela equipe.

Nós temos bastante dificuldade em relação aos familiares, dar suporte a tudo que o idoso necessita, não o acompanham durante a consulta, exames. P9

Uma das dificuldades é trazer o familiar para aderir nesse processo de tratamento, às vezes o idoso tem alguma dificuldade de compreensão, então dificulta muito o familiar estar junto. P16

Os familiares precisam estar envolvidos nesse cuidado a pessoa idosa, muitas das vezes isso não acontece. Sempre que possível o idoso precisa vir acompanhado na Unidade para que o familiar possa entender o acompanhamento e o tratamento da doença. P11

Além disso, os participantes apontaram como questão importante para a continuidade do cuidado na ABS a interação, ou melhor, comunicação entre os estabelecimentos de saúde, setores da secretaria de saúde e demais órgãos da prefeitura, pois se entende que se há uma boa comunicação entre as equipes e intersetorial, trará ao cidadão que necessita do atendimento um resultado positivo para suas necessidades conforme será apontado nas falas a seguir:

Às vezes precisamos de uma avaliação da equipe do CRAS com certa urgência, mas eles seguem um fluxo diferente, então o caso se agrava e precisamos sair fora do protocolo para ajudar o idoso. P5

A comunicação não está sendo efetiva, você acaba identificando esta situação quando o idoso vem buscar atendimento, por procura direta mesmo, e sente falta de informações coerentes que vão ajudá-lo em suas necessidades, ou seja falta de um sistema integrado. P13

Nossa maior dificuldade na comunicação é em relação ao retorno do paciente, saber efetivamente o que foi realizado no serviço ambulatorial. P14

Observando as falas dos entrevistados percebemos que em sua grande maioria é citado que fazem uso de um instrumento o plano de cuidado, ao qual é compartilhado pela equipe multidisciplinar que auxilia na continuidade do cuidado, pela equipe da ABS e está sendo encaminhado pelo ambulatório da rede de idosos deste município, e na opinião dos entrevistados deveria ser implantado em todos os níveis de complexidade, pois trazem informações importantes que foram realizadas aos indivíduos, como pode ser observado nas próximas falas a seguir:

Um exemplo muito bom que acontece quando o idoso é encaminhado ao ambulatório da rede de atenção ao idoso, e retorna com o Plano de cuidado, pois vem descrito o atendimento da equipe multidisciplinar que atendeu ele, e isso é importante, pois as vezes o familiar não o acompanha e sabemos através deste documento se há necessidade de retorno e o que precisa ser realizado no acompanhamento. P12

O ambulatório manda tudo detalhado através do plano de cuidados, ele chega através do malote e a gente fica sabendo o que os profissionais fizeram, aí acompanhamos por uma planilha. P1

Os pacientes retornam da consulta, com tudo especificado neste documento o plano de cuidados que foi feito com eles, inclusive exame e quando será agendado o retorno. Desta maneira podemos dar continuidade ao tratamento na unidade. P6

6.3.2 Possibilidades de mudanças na ação da continuidade do cuidado da pessoa

Os depoimentos revelam que por mais que os entrevistados estejam em realidades diferentes como: diferentes graus de necessidade da população, estruturas físicas completas, quantidade de equipes, com recursos humanos em quantidade suficiente, colaboram para melhora dos atendimentos e acompanhamento na ABS e no ambulatório, como veremos nas falas a seguir:

Acredito que primeiramente a vontade dos gestores, que priorizem este grupo, não só cumprindo o Estatuto do Idoso, para terem preferência e agilidade nos atendimentos, alinhado com as necessidades deste, através de ações e melhoria nos investimentos e na prevenção de complicações, que a AB consiga efetivamente exercer seu trabalho, através dos levantamentos de dados realizados. P1

Uma situação que quero trazer e que traz consequências para o bom andamento do acompanhamento do idoso ou de qualquer outro paciente é a rotatividade dos médicos, ele conhece seus pacientes, inicia um trabalho e sai. P7

A falta da equipe completa, que dá nisso a gente acaba deixando a desejar, porque a gente não consegue dar conta, isso interfere e deixa-nos limitados. P6

Nas falas apresentadas surge uma questão importante que chama a atenção dos profissionais entrevistados que se refere a demora das consultas referenciadas ao ambulatório, trazendo muitas vezes a descontinuidade do cuidado e a nas falas a seguir:

Como a assistência especializada depende de outros setores, nossa maior dificuldade é a demora em conseguir uma consulta, a fila de espera, por mais que haja a priorização de acordo com critérios clínicos, ainda assim dependendo da especialidade a fila de espera é longa, minha sugestão é organizar esta fila através de critérios mais específicos, criar um fluxo a demanda da pessoa idosa. P16

Um apontamento realizado por um dos entrevistados foi sobre a autonomia do profissional Enfermeiro.

Outra sugestão de melhoria, enquanto à rede, seria a possibilidade do profissional Enfermeiro referenciar o idoso para o acompanhamento ambulatorial na rede de atenção ao idoso, pois o enfermeiro estratifica e realiza o acompanhamento em todo o processo. P10

Em mais uma sugestão referente ao acompanhamento do idoso no serviço ambulatorial o entrevistado destaca a questão de transporte, pois como observado durante os apontamentos levantados nas entrevistas muitos idosos têm problemas mobilidade, a ser descrito na próxima fala:

Tem se tornado comum a perda da consulta pelo idoso, causando a descontinuidade do cuidado, devido ao idoso ter dificuldade na locomoção, ou transporte adequado aos pacientes ao ambulatório, se não consegue agendar um carro, ele perde a consulta. P12

Os resultados desta categoria sintetizam estratégias chaves para implementar a continuidade do cuidado a serem abordados na cartilha desenvolvida e estão descritos na FIGURA 5.

FIGURA 5 – ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS NA CATEGORIA 2.



FONTE: A autora (2021).

As discussões neste capítulo foram voltadas para as estratégias identificadas que irão garantir a continuidade do cuidado, as quais foram relacionadas em duas subcategorias: 1. Informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS, 2. Possibilidades de mudanças na ação da continuidade do cuidado da pessoa idosa.

Dentre as respostas fornecidas às indagações da subcategoria 1, houveram quatro questões que se destacaram: a equipe de saúde estar habilitada através da educação permanente em saúde; participação ativa da família, comunicação entre a equipe, intersetorial e institucional e o uso plano de cuidados como instrumento prático de apoio aos profissionais.

Na primeira parte da entrevista havia uma pergunta se o profissional recebeu capacitação em relação ao trabalho com a pessoa idosa e 65% dos entrevistados responderam que sim, este dado nos revela que a instituição realiza atividades de capacitação, mas percebe-se pela fala em outros momentos que os profissionais necessitam que seja constante,

principalmente porque em outras respostas a fala é que há rotatividade de profissionais e equipes incompletas, demonstrando um vazio a ser trabalhado pelos gestores.

O profissional de saúde possui desafios diariamente, então se faz necessário construir caminhos que viabilizem ou incorporem estratégias de cuidado, guiadas pelos princípios da Integralidade e da Equidade e atentas às demandas populacionais nos territórios, se utilizando principalmente da educação permanente em saúde.

Silva (2017) destaca em seu estudo realizado no RS que a educação permanente em saúde é de suma importância para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, e por sua vez, de posse de uma cultura educativa, podem propor e programar ações educativas perenes aos usuários, com vistas à prevenção de doenças e agravos realizando assim promoção a saúde.

O papel do enfermeiro na condução das ações educativas tem grande relevância, pois sua formação propicia o trabalho direcionado ao cuidado, gerenciamento e educação nos diferentes cenários da prática profissional. Bomfim et al. (2017) traz que é fundamental, que os enfermeiros promovam atividades de educação em saúde, com a finalidade de estimular a participação dos usuários, tornando-se ativos neste processo educativo, possibilitando a discussão do problema e o alcance dos objetivos da prática educativa.

Mas para que o Enfermeiro esteja à frente na condução de ações educativas é importante que os gestores compreendam as necessidades de saúde de sua população, se comprometendo a buscar estratégias para a mudança, é o que o autor destaca.

Lopes (2019) ressalta em sua pesquisa realizada em um município do Paraná que os gestores têm a necessidade de se adotar estratégias de integração ensino-serviço, para que os profissionais da atenção básica possam vencer o desafio e despreparo na atuação do exercício profissional.

Em outro estudo realizado na zona da mata em Minas Gerais, Silva (2017) relata que os resultados de sua pesquisa reforçam a importância da educação permanente na formação dos profissionais e sua aplicabilidade como uma ferramenta potencial para intervir na ocorrência de condições sensíveis à atenção primária, podendo servir como apoio no planejamento das ações de saúde com vista a melhoria da qualidade da atenção primária no município do estudo e em municípios com características semelhantes, ao qual recai na melhoria da continuidade do cuidado.

Ressalta-se que o profissional enfermeiro que atuante na ABS através de atividades assistenciais na unidade ou domicílio do cidadão do serviço deve ter responsabilidade, conhecimento, acolhimento, atitude, criatividade e flexibilidade, destacando-se como

protagonista da equipe interdisciplinar, pois promove o vínculo acolhedor (BARRETO; SOUZA; MAIA, 2019).

Outro tema abordado com os entrevistados foi em relação a família, pois é a principal provedora de cuidado e apoio a pessoa idosa. Assim sendo, deve-se considerar que seus membros também podem experimentar sentimentos de medo, preocupação, ansiedade e sobrecarga mediante ao cuidado de seu ente querido.

A família é um suporte social significativo para a pessoa idosa, é um local de construção de vínculos duradouros, fonte de carinho, atenção, apoio e cuidado, que eles necessitam. É responsável pelas decisões relativas à saúde do idoso, assim como é suporte para o enfrentamento de dificuldades inerentes ao envelhecimento (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Santos (2018) descreve que a instituição familiar é fundamental para o ato de cuidar, porém, com as mudanças significativas em sua estrutura e nos papéis tradicionais dentro do seio familiar, pode-se ver que existe uma acentuada diferença entre as famílias consideradas tradicionais e as contemporâneas. É claro que para estabelecermos um vínculo com a comunidade, o cidadão e sua família a comunicação tem que ser objetiva e clara, respeitando a cultura, identidade e gênero, sendo um facilitador para as práticas de continuidade do cuidado.

Identifica-se que a comunicação é um fator que pode impedir, por vezes, práticas de cuidados de maneira integral. Pucci (2019) nos traz que fatores interferentes na comunicação entre setores do sistema de saúde, bem como entre profissionais e idosos são evidências que justificam as fragilidades e dificuldades na obtenção da presença da integralidade da saúde do idoso em âmbito de ABS.

Na segunda subcategoria em que foi discutido sobre as sugestões dos profissionais referente às possibilidades de mudanças, possíveis nos fluxos de atendimento e encaminhamento à pessoa idosa, para assim possibilitar a continuidade do cuidado, os profissionais levantaram algumas situações que podem ser relevantes a este processo, entre elas foram identificadas: a questão de adequação dos investimentos a serem realizados para a prevenção de complicações, agilidade nos atendimentos para diminuir a demora no referenciamento aos serviços especializados, autonomia do profissional enfermeiro e ter transporte sanitário para ajudar aquele cidadão com mobilidade prejudicada e vulnerabilidade econômica.

Quanto a questão de longevidade, esta é uma realidade no Brasil, tanto em relação ao número de pessoas longevas como em relação ao aumento da expectativa de vida, mas essa

realidade mudou neste ano com a pandemia⁵, onde um estudo demonstrou que houve a diminuição da expectativa de vida. Independente destas mudanças a uma real necessidade de políticas públicas estruturadas através da organização dos serviços com acesso e atendimento qualificado que atendam às necessidades desse grupo etário (OLIVEIRA, 2017).

Considerando a expectativa de vida na organização dos serviços, um dos pontos apontados pela maioria dos entrevistados foi a questão das longas filas para o ambulatório, tendo o idoso prioridade.

Ressalta-se que os profissionais solicitam uma maior organização através de fluxos e instrumentos porque o tempo de espera pode gerar complicações a pessoa idosa, que fica à espera de sua consulta por um longo tempo, mesmo tendo prioridade nos atendimentos, para ter seu acompanhamento realizado com o especialista.

Pinto e Fernandes (2017) trazem em seu estudo a dificuldade no sistema de referência e contrarreferência como um grande obstáculo na realização das ações de cuidado ao idoso, uma vez que o enfermeiro fica impossibilitado, na maioria das vezes, em prestar assistência de continuidade ao cuidado.

Assim, é possível sugerir a necessidade de melhor integração entre os serviços com definição clara das responsabilidades para atendimento do princípio da integralidade das ações. Observa-se que quando este sistema não funciona, ele é identificado pela falta de resolubilidade, grandes filas no sistema de referência, ou pela contrarreferência inexistente dos serviços na maioria das vezes.

Veras e Oliveira (2018), destacam que ao analisarem o modelo de atenção à saúde do idoso apontam que, o sistema de saúde atual tem problemas de fragmentação do cuidado e da má coordenação, podendo ser resolvidos com base em modelos de cuidados integrados. Para tanto, os autores sugerem o redesenho dos níveis de cuidado, que assegure um fluxo coerente de ações de educação, promoção da saúde e prevenção de problemas, criando uma linha de cuidado que privilegie o acolhimento ao idoso e o acompanhamento de cuidados paliativos.

Cabe ao gestor planejar a oferta de ações e serviços com base nas necessidades em saúde da população e seu território; estabelecendo responsabilidades e metas para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; monitoramento e avaliação dos resultados alcançados para a correção dos processos de trabalho (SERRA, 2008), se utilizando do sistema de informação e dos profissionais do

⁵ Estudo liderado pela demógrafa Márcia Castro, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade Harvard, aponta que devido a pandemia de Covid-19 o qual vivenciamos, o brasileiro perdeu quase dois anos de expectativa de vida em 2020 (SANCHES, 2021).

município lotados em sua central de agendamento de especialidades. O mau funcionamento do sistema de informação dificulta a referência do cidadão, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos.

Kantorski et al. (2017) evidencia que o sistema de referência e contrarreferência deve ser considerado um recurso importante na linha de cuidado, uma vez que, se bem estruturado, promove o fluxo eficiente de encaminhamento de usuários aos diversos níveis de atenção e recomenda a integração dos serviços de maneira comprometida e efetiva. A burocracia do sistema de referência e contrarreferência e das longas e demoradas filas de espera para atendimento à pessoa idosa nas especialidades médicas interrompe a continuidade do cuidado no percurso terapêutico.

É essencial que o gestor conheça sua população e suas necessidades em saúde para ofertar um atendimento em toda rede com qualidade e eficiência, contribuindo assim para uso adequado do erário público.

Os autores Pinto, Assis e Pecci (2019) ressaltam que, quando os gestores municipais não garantem o financiamento e demais condições para a realização do trabalho, essa ação de saúde é prejudicada e, conseqüentemente, a população não terá acesso a este importante serviço público que é a continuidade do cuidado.

Considerando as questões de fluxos e protocolos para os serviços Coelho (2018) nos mostra seu estudo realizado em Pirai-RJ a qual destaca que a pessoa idosa possui demandas e particularidades biopsicossociais que a diferenciam de um usuário adulto. Nesse sentido, destaca-se a importância de se romper com a ideia de um modelo único para atendimento à população, que limita a assistência de acordo com as necessidades do sistema e não do usuário. Há necessidade, portanto, da elaboração de modelos de atenção a idosos que guiem o fluxo desses usuários no sistema de saúde, mas que, ao mesmo tempo, permitam a flexibilização e organização das ações de cuidado a partir das demandas dos pacientes. Muitos passos são ainda necessários para se alcançar um sistema de saúde “sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção, com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados para esta população atualmente excluída.

Uma das questões apontadas nos relatos dos entrevistados foi relacionada sobre a autonomia do enfermeiro na realização de seus atendimentos e decisões: como exames, procedimentos e avaliações referentes ao atendimento à pessoa idosa, pois através da

autonomia surge as possibilidades de ajuste no fluxo de encaminhamentos, principalmente se estiver descrito em protocolos, evitando assim aumento da fila de espera as especialidades.

Matuda (2015) Destaca a importância de ter protocolos e documentos que ditam o serviço, sabendo que esses irão direcionar o enfermeiro para realizar a consulta, de forma que chegue aos diagnósticos, e a realização do exame físico além de apresentar os parâmetros de sua avaliação. Pois é preciso sempre ter padronização nos cuidados prestados, e que todos os protocolos conseguem captar e dar liberdade para a interpretação de resultados e tomada nas condutas frente a interpretação dos resultados. O serviço de uma forma global fica muito mais organizado com chances de melhores resultados, cumprindo assim o objetivo das profissões na ABS.

Contribuindo com a organização do processo de trabalho entre as informações trazidas pelos entrevistados destacou-se a questão de autonomia do profissional a qual Ferreira (2017) nos traz que o enfermeiro na ABS pode ampliar sua autonomia através de uma prática clínica sustentada na perspectiva da integralidade no cuidado às famílias e comunidades em todo o seu ciclo de vida. Através da organização dos enfermeiros que atuam na ABS, buscando estruturar e fortalecer uma proposta de carreira profissional, contribuindo para a consolidação de mudanças no modelo de assistência à saúde do SUS.

Considerando o contexto brasileiro, a presença do profissional enfermeiro tem destaque principalmente na consolidação e estratégias de reorganização do modelo de atenção à saúde, ao qual contribui, desde a organização gerencial das atividades nas UBS e ESF, assistência direta aos indivíduos, família e comunidade (CAÇADOR, 2015), fortalecendo a autonomia profissional diante das adversidades.

Batista (2020) em sua pesquisa relata que os Enfermeiros da ABS relatam que sua autonomia como suficiente para o processo de trabalho, porém ainda a sociedade está presa aos conceitos de saúde ultrapassados, visando a cura de doenças, principalmente na desvalorização da prevenção e promoção de saúde, dificultando assim, a consolidação da autenticidade do enfermeiro.

Melo et al. (2016) destaca que a ABS é um espaço privilegiado para a enfermeira desenvolver saberes e prática com autonomia profissional e consoante com o cuidado integral, passando a contribuir com a construção dos projetos de vida dos cidadãos, seja em âmbito individual ou coletivo. Na perspectiva da promoção da saúde desenvolve a capacidade na busca por soluções, o que possibilita ao enfermeiro organizar e priorizar o atendimento à demanda, ampliando a autonomia frente à atuação dos enfermeiros e evidenciando a

importância e a capacidade de atuação desses profissionais nas necessidades em saúde da população.

Para alcançar o fortalecimento, o gestor necessita investir na formação dos profissionais enfermeiros, pois se fazem necessários para efetivamente preparar estes profissionais com habilidades para o desenvolvimento de uma prática efetiva e eficaz, possibilitando a integralidade do cuidado e resolutividade às demandas apresentadas na ABS.

Uma das questões que trouxeram evidência durante o processo das entrevistas por parte dos enfermeiros foi sobre a dificuldade no agendamento do Transporte Sanitário, nos relatos ficou claro que há necessidade de organizar esta modalidade a todas as unidades através de escalonamento para que possam se utilizar através da central de transportes, e a pessoa idosa e seus acompanhantes possam utilizá-lo, no agendamento de consultas e exames aos ambulatórios especializados, principalmente aqueles que já realizam o acompanhamento, evitando a perda destes agendamentos e cumprindo com os atributos do SUS.

Os idosos necessitam de maior agilidade no sistema, porque possuem dificuldades no acesso e deslocamento nos serviços de saúde (COSTA et al., 2020). O acesso do idoso na ABS ainda apresenta fragilidades, destacando-se além dos processos de trabalho a infraestrutura das unidades e do entorno das unidades de saúde. Este fato prejudica a integralidade da atenção à saúde dos idosos, uma vez que interfere na efetivação das RAS (SILVA et al., 2018).

Brandt, Sabóia e Lima (2018) relata em seu estudo que o Transporte Sanitário Eletivo atende a uma antiga reivindicação dos usuários do SUS, que responde às necessidades e demandas de mobilidade e transporte das pessoas com deficiência e/ou doença crônica durante o seu tratamento de saúde. Dessa maneira, observa-se a contribuição para a continuidade do cuidado a pessoas com deficiência e doenças crônicas.

Considerando que o transporte sanitário, é uma estratégia que visa promover a integração por meio de sistemas de apoio, deve se considerar por parte dos gestores a organização do serviço através de critérios de acesso, escala e escopo, utilizando protocolos para padronizar os atendimentos e o deslocamento do cidadão para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS (BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite, 2017), trazendo assim condições a pessoa idosa de realizar seu acompanhamento e poder ter acesso a continuidade do cuidado.

6.4 DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO

Cartilha introdutória sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa entre a atenção básica em saúde e o ambulatório

INTRODUÇÃO

Percebe-se que a necessidade em saúde do cidadão, em especial neste estudo a pessoa idosa, vem se tornando uma preocupação constante dos profissionais que atuam na Atenção Básica em Saúde (ABS), pois requerem um contínuo processo de atualização do cuidado, demandando acompanhamento no tratamento a doenças crônicas além do envolvimento da equipe interdisciplinar no cuidado integral direto e contínuo ao cidadão (MACHADO et al., 2020).

Entre os conceitos apresentados por autores sobre continuidade do cuidado, referem-se como uma continuidade assistencial entre os níveis de atenção, como hospital e o domicílio ou entre ambulatório e UBS, podendo ser entre outros equipamentos que compõem a RAS, incluindo ações de prevenção de doenças e promoção à saúde. É visto também como a articulação e comprometimento dos serviços e profissionais de saúde ao cidadão, no acompanhamento de suas necessidades em saúde, ao longo do tempo, tendo o serviço a responsabilidade do cuidado e reconhecendo seu papel diante das necessidades da pessoa idosa, frente a este atributo (SILVA; DAVID; ROMANO, 2020; RIBAS et al., 2018).

Para se estabelecer a continuidade do cuidado é importante que os enfermeiros, compreendam os processos de transição, pois eles podem melhorar a qualidade dos resultados assistenciais e influenciar a qualidade de vida dos cidadãos, evitando a descontinuidade do tratamento e acompanhamento, a reinternação hospitalar desnecessária e redução de custos nos cuidados à saúde (GUERRERO, 2014; FLEMING; HANEY, 2013). Portanto compreende-se que para a realização da continuidade do cuidado é inerente a transição do cuidado, pelos profissionais participantes do processo.

A equipe interdisciplinar tem papel fundamental para instrumentalizar o cidadão, a família ou cuidador para esta transição do ambiente. Essa trajetória traz vulnerabilidade, descontinuidade e segurança do paciente e sua família, em razão de possível inconstância dos cuidados por falta ou perda de informações essenciais (SILVA-RODRIGUES, 2019).

A pessoa idosa se utiliza dos serviços de saúde do SUS, tendo como porta de entrada os equipamentos que fazem parte da Rede de Atenção à saúde de seu município e seu acompanhamento na atenção básica pode ser complexo, principalmente em caso de alta precoce e presença de comorbidades.

Principalmente quando destacamos o retorno ao serviço de saúde no território que reside, requer a transição de cuidados, que consiste na movimentação do cidadão de um serviço de saúde para outro, como por exemplo, do ambulatório para a unidade básica de saúde ou hospital para domicílio.

Considerando que na atualidade há uma diversidade de ferramentas a se utilizar na área de educação. Na busca de novas abordagens educativas aos enfermeiros, pesquisou-se ferramentas e instrumentos que pudessem atrair o público-alvo

para o repasse de conteúdo, a serem trabalhados através de uma tecnologias em saúde, a cartilha *audiobook* tem por objetivo contribuir com enfermeiros da atenção básica em saúde visando o fortalecimento dos conceitos sobre a continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa.

Podendo se utilizar de ferramentas demonstrativas como Tecnologia Educativa (TE) que facilitem a compreensão do conteúdo a ser apresentado ao seu público alvo, corroborando para as melhorias necessárias no processo de cuidado e agregando valor ao trabalho do profissional enfermeiro com implicações diretas ao cidadão e à comunidade.

Conforme Collares (2011) a cartilha é um meio de comunicação, ferramenta pedagógica onde o conteúdo contido nela reflete a sociedade, contribuindo com a tomada de decisão metodológica de profissionais envolvidos na educação em saúde. Torres et al. (2015), afirma que a elaboração de cartilhas, quando contextualizadas e com objetivos concretos, estimula a criatividade e o raciocínio daqueles que a leem, oportunizando os mesmos a desenvolverem senso crítico, nas diversas temáticas.

Para a organização deste conteúdo a confecção de uma cartilha deve ser baseada na literatura científica, para garantir a fidedignidade deve ser desenvolvida com atenção e a informação que contém é considerada essencial, isto é, deve-se buscar promover a facilidade de leitura e ter como principal proposta sanar dúvidas e dar direcionamento público-alvo envolvido (BARRETO; SOUZA; MAIA, 2019).

Portanto, a utilização das tecnologias educativas na área da saúde pode resultar no maior cumprimento de protocolos de prevenção e de controle de doenças, assim como, no maior comprometimento dos profissionais envolvidos nessas ações (CARDOSO; PALUDETO; FERREIRA, 2018).

Considerando o exposto, tem-se por finalidade, neste estudo, desenvolver um material de Tecnologia Educacional que auxilie o profissional enfermeiro a compreender a continuidade e transição do cuidado e fortalecê-lo através de ações de cuidado prestado à pessoa idosa no seu sistema local de saúde e provocar, assim, uma necessária reflexão sobre tema.

OBJETIVO

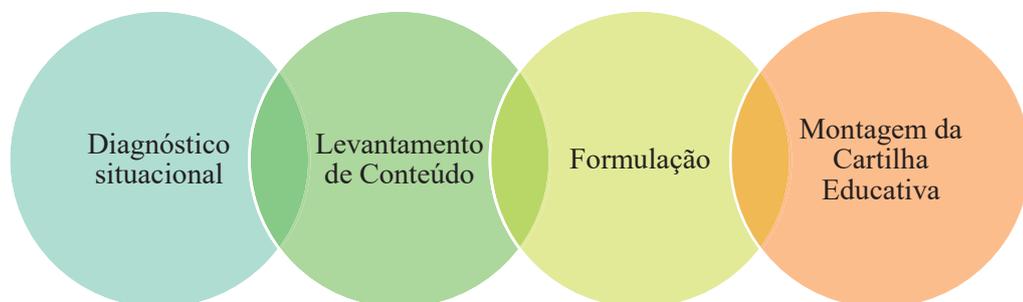
Desenvolver uma cartilha introdutória sobre a continuidade do cuidado à pessoa idosa entre a atenção básica em saúde e o ambulatório.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica, descritiva e exploratória, com produção de uma tecnologia educativa voltada para elaboração de uma cartilha flipbook e *audiobook* para auxiliar o profissional enfermeiro quanto a continuidade e transição do cuidado entre a ABS e o ambulatório.

O processo de construção da cartilha foi desenvolvido utilizando as seguintes fases: diagnóstico situacional; levantamento do conteúdo; formulação e montagem da cartilha educativa (FIGURA 6).

FIGURA 6 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA CARTILHA.



Primeira fase: Diagnóstico Situacional

Realizado a partir da prática assistencial e gestão desta pesquisadora observou-se o envelhecimento da população em UBSs de um município da Região Metropolitana de Curitiba - Paraná, conseqüentemente, acarretando no aumento da longevidade e modificações no processo de organização e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim como, são observadas dificuldades na implementação na linha do cuidado à pessoa idosa, em destaque, a dificuldade apresentada pelos profissionais em conseguir efetivar a continuidade e transição do cuidado entre as UBS e serviço ambulatorial do município.

Segunda fase: Levantamento de Conteúdo

Para a realização da cartilha, foram realizadas entrevistas com um roteiro semiestruturado com 16 enfermeiros que atuam no município. Os dados levantados foram organizados da seguinte forma: caracterização dos participantes (Exemplo: estado civil, raça/etnia, crença, gênero, data da formação e data de admissão); caracterização da atenção à saúde realizada à pessoa idosa (tempo de marcação de consulta, prioridade do idoso, atendimentos mais realizados ao idoso, comorbidades mais observadas, exames mais solicitados, dificuldades observadas, principais vulnerabilidades).

A análise das entrevistas foi baseada na interpretação de significados de acordo com a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2016) originando duas categorias empíricas e sete subcategorias (QUADRO 6) as quais apresentaram as lacunas e potencialidades da continuidade e da transição do cuidado no município.

Para elaboração do conteúdo da cartilha, a partir das categorias e subcategorias, os dados foram organizados e discutidos com a literatura científica. Deste modo, emergiram quatro capítulos com conteúdos que introduziram gradativamente a temática continuidade do cuidado e transição do cuidado à pessoa idosa.

Dispostas no QUADRO 6.

QUADRO 6 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMPÍRICAS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2021.

| CATEGORIA EMPÍRICA | SUBCATEGORIAS |
|--|--|
| 3- A continuidade do cuidado à pessoa idosa na ABS | 6. Percepção do enfermeiro sobre a continuidade do cuidado na ABS 7. Percepção do enfermeiro sobre a população idosa atendida na ABS 8. Percepção do enfermeiro sobre a integralidade do cuidado à pessoa idosa na ABS 9. Instrumentos de transição para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS 10. Facilidades e dificuldades para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS |
| 4- Estratégias identificadas para possibilitar a continuidade do cuidado a pessoa idosa na ABS | 3. Informações norteadoras para desenvolvimento de uma tecnologia educacional para a continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS 4. Possibilidades de mudanças na ação da continuidade do cuidado da pessoa idosa na ABS |

FONTE: A autora (2021).

A partir das categorias, foi realizada a síntese do conteúdo, extraindo elementos chave para elaboração dos conteúdos da cartilha educativa. Deste modo, buscou-se a articulação entre a teoria e a prática assistencial. Os elementos chave foram

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética, e aprovado sob o parecer número CAAE 38930620.5.0000.0102, em 07 de dezembro de 2020, desenvolvida de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Terceira fase: Formulação e Montagem da Cartilha

A montagem da cartilha foi dividida em cinco etapas: diagramação, ilustração, elaboração dos textos, conteúdos e referência.

A diagramação e as ilustrações foram elaboradas por uma profissional de artes visuais. Para tal, foi utilizada a plataforma de design gráfico online Canva.

Os textos foram redigidos de modo curto e objetivo apresentando os principais conceitos de continuidade e transição do cuidado e dispendo de links para outros textos complementares. Os textos da cartilha são, predominantemente, de frases na voz ativa, buscando conversar com o leitor. Utilizou-se recursos como Saiba mais, você sabia para destacar pontos importantes.

A cartilha foi apresentada no formato flipbook e *audibook*, no total foram elaborados quatro podcast, fazendo a leitura do material redigido e um podcast uma entrevista

com expert em continuidade e transição do cuidado. A cartilha terá registros através da ficha catalográfica e registro ISBN (International Standard Book Number) e submissão⁶.

RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas com os participantes e discussão com a literatura, constata-se que, em relação ao conteúdo da cartilha, a mesma deveria apresentar conceitos fundamentais para compreensão do que é a RAS, continuidade e transição do cuidado. Deste modo, a versão final da Cartilha foi intitulada “Introdução à continuidade e à transição do cuidado à pessoa idosa entre a Atenção Básica em Saúde e o Ambulatório”, apresenta-se organizada em quatro capítulos. As ilustrações da cartilha são coloridas a fim de chamar atenção do leitor, como pode ser visualizado na FIGURA 7.

FIGURA 7 – EXEMPLO DE ILUSTRAÇÃO DA CARTILHA.



| SUMÁRIO | |
|---|-----------|
| Apresentação..... | 05 |
| Introdução..... | 06 |
| 1. Rede de Atenção à Saúde..... | 07 |
| O que é Rede de Atenção à Saúde?..... | 07 |
| Como conhecer a Rede de Atenção à Saúde do seu município?..... | 08 |
| O que é Atenção Básica em Saúde?..... | 09 |
| O que é o Ambulatório Especializado?..... | 10 |
| Rede de Atenção à Saúde de Colombo..... | 11 |
| Referência..... | 12 |
| 2. Continuidade e Transição do Cuidado..... | 13 |
| O que é continuidade do cuidado?..... | 13 |
| Conciliando a integralidade..... | 14 |
| Reconhecimento das necessidades em saúde..... | 15 |
| Acolhimento..... | 15 |
| O que é Transição do Cuidado?..... | 16 |
| Referência..... | 18 |
| 3. Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado..... | 20 |
| Sistemas de Informação Sincronizados..... | 20 |
| Financiamento..... | 20 |
| Composição ideal das equipes..... | 21 |
| Instrumentos para a transição do cuidado..... | 22 |
| Equipes de Saúde e Educação permanente em Saúde..... | 22 |
| Transporte sanitário..... | 24 |
| Referência..... | 25 |
| 4. Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado à pessoa idosa..... | 26 |
| Estratégias para realizar a continuidade cuidado..... | 26 |
| Materiais educativos na Atenção Primária à Saúde..... | 28 |
| A integralidade do cuidado à pessoa idosa..... | 29 |
| Referência..... | 31 |

FONTE: A autora (2021).

No primeiro capítulo foi abordado o conceito de RAS e recebeu a denominação “O que é Rede de Atenção à Saúde?”. Para incentivar o aprofundamento da temática foi disponibilizado link de textos na íntegra sobre a temática, tais como a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à

⁶ Este capítulo foi desenvolvido em formato de artigo e será submetido à revistas científicas da área.

Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990. No final do capítulo apresentou-se uma síntese do conteúdo. No mesmo capítulo, foi apresentado o subcapítulo intitulado “Como conhecer a Rede de Atenção à Saúde do seu município? Deste modo, a cartilha buscou aproximar a teoria com a realidade dos participantes, apresentando possibilidades de como conhecer a RAS do seu município. Nos tópicos seguintes foram abordados “ O que é Atenção Básica em Saúde” e “O que é ambulatório”. Para demonstrar como a RAS se configura, foi apresentado a RAS do município de Colombo-Paraná, que possui gestão de Atenção Básica em Saúde, podendo ser exemplo significativo para que enfermeiros de outros municípios possam mapear a RAS.

FIGURA 8 – PÁGINA INICIAL DO PRIMEIRO CAPÍTULO DA CARTILHA.



FONTE: A autora (2021).

O segundo capítulo possui como título “Continuidade do cuidado” e apresenta o seu conceito, bem como estratégias para que a mesma possa ser implementada na RAS. Como subcapítulo, foram abordados os seguintes tópicos: “Quais são os desafios da continuidade do cuidado?”; Conceituando a integralidade”, neste subcapítulo buscou-se textos para promover a reflexão sobre a integralidade na prática a partir da recomendação do texto intitulado “A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)” de Mattos (2001); O próximo subcapítulo abordou o “Reconhecimento das necessidades em saúde”; em seguida o

“Acolhimento” com indicação para conhecer mais sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). Para finalizar o capítulo II, foi apresentado o subcapítulo intitulado “Transição do cuidado”, com desenho ilustrativo sobre a interseção entre continuidade e transição do cuidado.

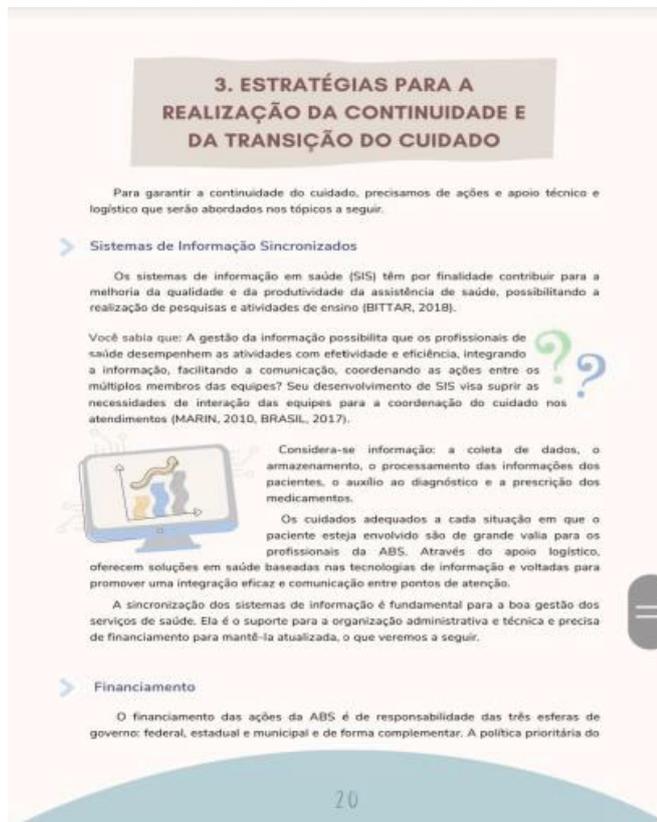
FIGURA 9 – PÁGINA INICIAL DO SEGUNDO CAPÍTULO DA CARTILHA.



FONTE: A autora (2021).

O capítulo III apresentou “Como garantir a continuidade do cuidado?” trazendo em seus subcapítulos necessidades apontadas tanto pela revisão de literatura, como, pelos participantes entrevistados. “Deste modo, a cartilha apresenta os seguintes subcapítulos: “Sistemas de Informação Sincronizados”; “Financiamento”; “Composição Ideal das Equipes”; “Instrumentos de trabalho na Atenção Básica em Saúde e no ambulatório”; “Equipes de Saúde e Educação permanente em saúde”; “Transporte sanitário”.

FIGURA 10 – PÁGINA INICIAL DO TERCEIRO CAPÍTULO DA CARTILHA.



FONTE: A autora (2021).

A partir dos capítulos anteriores, em que se buscou esclarecer o leitor sobre os principais conceitos e estratégias para a efetivação da continuidade e transição do cuidado, voltou-se para o público alvo da assistência, à pessoa idosa. Assim, o capítulo IV foi intitulado como “Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado à pessoa idosa”. Este capítulo possui como subcapítulo as “Estratégias para realizar a continuidade do cuidado”; “Materiais educativos na Atenção Básica à Saúde”; “Estratégias de comunicação com a pessoa idosa”; “A integralidade do cuidado à pessoa idosa” .

FIGURA 11 – PÁGINA INICIAL DO QUARTO CAPÍTULO DA CARTILHA.

4. ESTRATÉGIAS PARA A REALIZAÇÃO DA CONTINUIDADE E DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO À PESSOA IDOSA

Para implementar a continuidade do cuidado entre a ABS e o ambulatório, há necessidade de conhecer os territórios e os cidadãos que neles vivem.

Além de conhecer o território e suas necessidades, é importante que a equipe interdisciplinar realize acompanhamento focado nas características que o idoso apresenta, entre elas: fragilidades, vulnerabilidades e questões que não envolvem apenas cuidados de saúde.

Uma das questões pertinentes aos atendimentos realizados na AB são as complicações das doenças crônicas, que acabam por causar internações por causas suscetíveis. Quando partilharmos os conhecimentos através da educação permanente em saúde, promovemos também a autonomia do profissional enfermeiro, o qual busca atender as particularidades de cada ser humano, de acordo com suas necessidades (BARBIANI, 2016).



A educação em saúde, utilizada como meio educador, é capaz de transformar o conhecimento científico aliado às práticas educativas. Nessa lógica, fundamenta-se propiciar o contexto da doença aos saberes da população (FALKENBERG, 2014).

Essa ação se faz necessária para alcançar a integralidade do cuidado, atendendo, assim, as necessidades em saúde da comunidade. Portanto, a oferta do acesso aos serviços de saúde à pessoa idosa é cumprir com um dos atributos do SUS e realizar o monitoramento ambulatorial do cidadão na ABS e vice-versa é uma das estratégias para a transição do cuidado.

Agora veremos quais estratégias que nós, profissionais de saúde, podemos utilizar para alcançar a continuidade do cuidado.

➤ Estratégias para realizar a continuidade do cuidado

As estratégias elencadas a seguir podem ajudá-lo a qualificar a TC no seu município. Essas estratégias foram desenvolvidas a partir da vivência da pesquisadora, entrevistas e literatura científica. É importante lembrar que essas estratégias não se esgotam aqui,

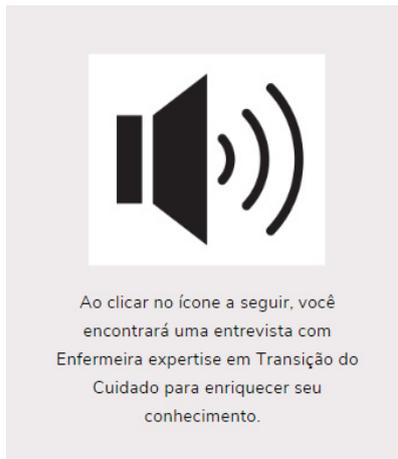
26

FONTE: A autora (2021).

A cartilha apresenta ao final do último capítulo uma entrevista em formato de *podcast*, com especialista em continuidade e transição do cuidado para fortalecer nossa vivência e prática profissional. Este material está disponível a partir de um código *QR Code* que possibilita ao leitor ter acesso às informações em tempo real e em qualquer local, potencializando novos espaços e metodologias de aprendizagem.

O *podcast* de cada capítulo e a entrevista com expert na temática poderá ser escutado pelo link

FIGURA 12 – LINK PARA OS *PODCASTS* AO FINAL DO CAPÍTULO.



FONTE: A autora (2021).

A cartilha poderá ser visualizada por meio de o *QR code* a seguir:

FIGURA 13 – EXEMPLO DE *QR CODE* PARA VISUALIZAÇÃO DA CARTILHA.



FONTE: A autora (2021).

A cartilha foi apresentada às unidades de saúde em que os participantes foram entrevistados a partir do cartaz a seguir (FIGURA 14).

FIGURA 14 – CARTAZ DE APRESENTAÇÃO DA CARTILHA.



FONTE: A autora (2021).

DISCUSSÃO

A Cartilha desenvolvida é uma TE que apresenta conceitos e informações para a realização da continuidade e transição do cuidado, voltada à pessoa idosa. A organização dos conteúdos da cartilha apresenta-se convergente com a revisão de literatura realizada por Haggerty et. al. (2003) em que foram identificados três tipos de definição e operacionalização da continuidade: Continuidade Relacional; Continuidade de Gestão, e; Continuidade Informacional (HAGGERTY et al., 2003). Destaca-se que os capítulos apresentados, por vezes, podem ser classificados em duas ou mais definições.

A **Continuidade Relacional** é definida como "uma relação terapêutica contínua entre um paciente e um ou mais provedores" (KIM, 2017, p. 241). Trata-se da relação terapêutica contínua entre o profissional de saúde e o cidadão, reconhecendo o usuário como cidadão, respeitando a sua autonomia com objetivo de favorecer a continuidade do cuidado (UTZUMI et al., 2018).

A continuidade relacional está presente na cartilha nos subcapítulos: Acolhimento, Integralidade, Integralidade do cuidado à pessoa idosa e Reconhecimento das necessidades em saúde.

Ressalta-se, que para a efetivação da integralidade à saúde pela população idosa, o sistema de saúde, necessita propor um melhor preparo aos profissionais de saúde e uma mudança nas concepções que hoje orientam a forma de pensar o cuidado em saúde, especialmente na ABS, lugar destacado para o exercício da profissão nos territórios onde vivem, trabalham e habitam as pessoas, famílias e comunidades (MEDEIROS, 2017).

A partir do cotidiano da ABS, a qual se destaca como potencial para provocar mudanças e crescimento tanto dos trabalhadores como de cidadãos, buscando na organização da atenção e estratégias que provoquem valorização da experiência e saberes, precisam buscar entender e reconhecer as necessidades de saúde dos cidadãos, para assim efetivamente transformá-lo (CAMPOS, 2019).

Cabe destacar que a continuidade do cuidado na saúde do idoso é de extrema importância e pode contribuir, significativamente, para a melhoria da qualidade da assistência, principalmente quando se trata da população idosa, em que esse atributo é essencial para se prestar uma assistência integral voltada à promoção da saúde prevenção de doença, buscando sempre o envelhecimento ativo e saudável (GERHARDT, 2016).

Possibilitar ao cidadão à garantia da continuidade do cuidado, em destaque a pessoa idosa, é necessário estar vinculado a ABS e que esse serviço esteja articulado e integrado aos demais pontos de atenção da rede, visando a produção do cuidado integral e adequado às suas necessidades, com o objetivo de oferecer a melhoria da assistência e a redução de complicações (VERAS et al., 2014). O acesso aos serviços de saúde representa uma condição necessária para a continuidade do cuidado, e pressupõe a possibilidade de acompanhar, ao longo do tempo, o indivíduo em suas necessidades. Para tanto, são necessários profissionais preparados para o trabalho de cuidados primários, para que seja possível efetivar com qualidade e continuidade o acesso aos serviços e ao cuidado integral (FIGUEIRA. SILVA; SILVA, 2018).

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), podemos citar como parte desse processo: sistemas de informação, transporte sanitário, educação permanente em saúde, composição ideal de equipes.

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), podemos exemplificar a saída da pessoa idosa do ambulatório para acompanhamento na UBS.

Continuidade Informacional apontada como base do princípio de orientação as condutas e uso das informações para o atendimento e continuidade do cuidado serão abordadas no capítulo dois, qual o significado e como acontece em cada território: O que é continuidade do cuidado, Conceituando Integralidade, Reconhecimento das necessidades de saúde, Acolhimento, O que é Transição do Cuidado.

E no último capítulo as Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado à pessoa idosa, oriundo das sugestões dos entrevistados, tendo como subtópicos: Estratégias para realizar a transição de cuidado, Educação Permanente em Saúde/Educação em Saúde, Estratégias de comunicação com a pessoa idosa, O que o idoso precisa saber sobre continuidade do cuidado, Materiais educativos na Atenção Básica.

Independente dos cenários de saúde, a prática clínica do enfermeiro é soberana e possibilita ampliar e fortalecer a continuidade da assistência ao paciente em todo o ciclo de vida dos cidadãos (FERREIRA et al., 2019). Tendo o acesso como um elemento essencial do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, ou seja, refere-se à entrada no serviço de saúde e todo o tratamento que se sucede.

Quanto a transição do cuidado são ações que asseguram a coordenação e a continuidade da assistência à saúde, na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local, ocorrem em contexto que inclui o paciente, seus familiares e cuidadores, os profissionais que prestaram atendimento e os que continuarão a assistência. Portanto, é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades (COLEMAN, 2005).

Os enfermeiros podem contribuir através da elaboração de estratégias de transição do cuidado por meio de sua prática, bem como oferecer suporte de educação em saúde como; prevenção e controle de doenças, promoção e manutenção da saúde, a fim de aprimorar o preparo de alta e possibilitar a continuidade dos cuidados no domicílio (GUERRERO, 2014).

Nesse contexto a cartilha é considerada uma TE que emergiu como um recurso pedagógico, possibilitando a interação dialógica entre os protagonistas, favorecendo assim a construção de um conhecimento de várias dimensões, disponível facilmente e de baixo custo, capaz de melhorar o entendimento do cidadão (BARROS, 2018). e interage com o leitor através de links para que este possa buscar novos conhecimentos do assunto, também contribui para que o cidadão tenha suporte adequado e um cuidado conforme os princípios doutrinários do SUS, e sendo divididos em quatro capítulos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o desenvolvimento de uma Tecnologia educativa, elaborada através das informações oriundas de enfermeiros atuantes na ABS, tem potencial contribuição de se estabelecer a continuidade e transição do cuidado, baseado nas necessidades de cada território e da pessoa idosa.

Considera-se que a elaboração dessa tecnologia educativa, auxilia no processo de ensino-aprendizagem em saúde, principalmente na formação do profissional enfermeiro e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Pois o principal objetivo desta ação deve ser centralizado na modificação de comportamentos inadequados e ineficientes à excelência dos procedimentos na área de saúde.

A experiência demonstrou que a educação em saúde se faz essencial na prática do profissional enfermeiro, portanto é relevante que o profissional enfermeiro compreenda a continuidade e transição do cuidado para poder contribuir em sua prática profissional, efetivando um dos atributos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Faz-se necessária a validação dessa cartilha desenvolvida, tendo em vista que surgirão contribuições importantes para melhoria do material.

REFERÊNCIAS

AMENDOLA F. Integralidade da assistência ao paciente cirúrgico: articulação entre o hospital e a atenção primária. **Rev. SOBECC**, v. 24, n. 4, p. 173-74, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040001.11>>. Acesso em: 24 jun. 2021.

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. esp., p. 244-60, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.

BARRETO, S. M. S.; SOUZA, T. S.; MAIA, L. F. S. Alta qualificada: informações precisas para atuação do enfermeiro em uma unidade de internação psiquiátrica. **Revista Recien**, v. 9, n. 25, p. 18-36, 2019. Disponível em: <<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/277/pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BITTAR, O. J. N. et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.77>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRAGA, L. A. V. et al. O impacto da Educação em Saúde na comunidade: Relato de experiência de acadêmicos de Medicina acerca de Atividades Educativas realizadas em território de estudo. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 5, p. 12892-99, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16984/13821>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 26 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 68, 22 set. 2017a. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/24023258/pg-88-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-2010>>. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, edição 41, seção 1, p. 54, 10 mar. 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

CARDOSO, R. B.; PALUDETO, S. B.; FERREIRA, B. J. Programa de Educação Continuada Voltado ao Uso de Tecnologias em Saúde: Percepção dos Profissionais de Saúde. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 277-84, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.03.12>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2001.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, e20200187, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 315-324, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>>. Acesso em: 24 set. 2020.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1178-88, 2018. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/0034-7167-reben-71-03-1178.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GONDIM, G. M. M. (Org.) **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**, v. 1. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is 'continuity of care'? **J health serv res policy**, v. 11, n. 4, p. 248-250, 2006. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/135581906778476490>>. Acesso em: 07 abr. 2021.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219-21, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, F. R. P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, pp. 841-853, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

OLIVEIRA, D. S.; SOUZA, S. P. D. E.; NUNES, C. J. R. R. A novidade mora ao lado: a literatura de cordel como material educativo para trabalhadores da Atenção Primária de Saúde de Ceilândia-DF. **Health Residencies Journal**, v. 2 n. 9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.124>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

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. 158-164, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

PALHA, P. F. Por um sistema de saúde integrador. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 181-2, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2540>>. Acesso em: 22 maio 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, n. supl. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 6, p. 627-35, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

RIBAS, E. N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, sup. 1, p. 591-98, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

SCORUPSKI, R. M. et al. Vídeos Educativos em Aleitamento Materno: Educação em Saúde Online. **Extensão em Foco**, n. 21, p. 127-43, 2020. ISSN 2358-7180. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i20>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA-RODRIGUES, F. M. et al. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180238, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V, F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2326-2326, 2020.

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. **Int j gen med**, v. 4, p. 773, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233370/>>. Acesso em: 13 maio 2021.

UTZUMI, F. C. et al. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 27, n. 2, e4250016, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

VENDRUSCOLO C. et al. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, n. esp., e5, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769239634>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

VERAS, R. P. et al. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Rev. bras. geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0059>>. Acesso em: 18 set. 2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação como enfermeira na ABS possibilitou identificar lacunas e potencialidades em relação à continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa. A experiência de entrevistar as 16 enfermeiras de diferentes UBS foi fundamental para ratificar e identificar as necessidades de articulação local entre os serviços e ambulatório para oferecer a assistência pautada na integralidade do cuidado. Na percepção dos profissionais foi possível desvelar os significados da continuidade e da transição do cuidado no município, sendo essencial para a formulação do produto desta dissertação.

A partir da percepção das enfermeiras foi possível evidenciar aspectos importantes que necessitam ser trabalhados na ABS, para a continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa, tais como: a composição ideal das equipes, acolhimento com escuta qualificada, estratificação de risco, organização do atendimento nas UBS, trabalho, melhora da comunicação, inexistência de protocolos de transição do cuidado, financiamento entre os serviços no que diz respeito à transição e a continuidade do cuidado à pessoa idosa.

Neste estudo, também foram identificados fatores dificultadores no processo de trabalho, que na visão dos enfermeiros prejudicam o bom andamento dos serviços. Esses fatores foram representados pela dificuldade na comunicação entre serviços, sendo ele do município ou não, trazendo descontinuidade do cuidado à pessoa idosa. Vale ressaltar que tais dificuldades identificadas neste estudo, também foram evidenciadas na literatura científica.

Todas as fragilidades e dificuldades apontadas neste estudo tiveram repercussões frente à inexistência de protocolos assistenciais para o atendimento à pessoa idosa, voltados à continuidade e transição do cuidado, e educação permanente em saúde à equipe interdisciplinar, sendo um assunto amplamente debatido por todos os entrevistados.

Ressalta-se que os profissionais entrevistados compreendem a importância da educação permanente em saúde como uma estratégia para fomentar a atuação interdisciplinar na assistência ao cidadão de cada território, e assim, aproximar-se da continuidade do cuidado na perspectiva da integralidade nos serviços. No processo de cuidar, destaca-se a participação da família no acompanhamento e tratamento das necessidades em saúde de cada cidadão.

A cartilha desenvolvida é um material educativo elaborado de modo participativo, sendo uma das estratégias para superar as lacunas apontadas pelos participantes da pesquisa e, como consequência, melhorar a assistência à população, em destaque, a pessoa idosa.

Para a construção da cartilha, além da discussão com a literatura, foram considerados o processo de trabalho e a estrutura organizacional da RAS no município, por isso foi apresentado a ABS e o Ambulatório - e a perspectiva do profissional enfermeiro, a fim de possibilitar o desenvolvimento de uma TE coerente com a realidade do município e de fácil compreensão e execução para os profissionais.

Considera-se que o presente estudo alcançou seu objetivo apresentando como produto desta dissertação A Cartilha intitulada “Introdução à continuidade e à transição do cuidado da pessoa idosa entre a atenção básica em saúde e o ambulatório”, indo ao encontro dos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da metodologia aplicada. Permitiu a integração do ensino com o serviço e vice-versa para fortalecer o conhecimento técnico-científico da enfermagem e da saúde coletiva frente a um tema atual e desafiador, e contribuindo significativamente na construção e desenvolvimento do conhecimento.

Reforça-se o papel do enfermeiro como educador no fortalecimento e exercício da continuidade e transição do cuidado no SUS. Momentos como este, de difusão do conhecimento a partir da realidade do público alvo deve ser contínuo, isto é, deve ser um processo de educação permanente em saúde para que de fato, tais significados e aplicações possam ter sentido na prática assistencial.

Entre as limitações do estudo verificaram-se que o mesmo foi realizado em um período pandêmico onde os serviços precisaram se organizar e esta pesquisadora precisou tomar medidas de precaução para a realização das entrevistas. O esgotamento dos profissionais frente ao novo processo de trabalho, imposto pela pandemia, ocasionou demora na coleta de dados o que impossibilitou a realização da validação da cartilha por esses profissionais. A validação da cartilha será realizada em um momento posterior à finalização deste estudo.

Destaca-se que a pesquisa foi realizada em um município de gestão básica, e que o estudo ao ser replicado em municípios que possuem gestão plena podem ter diferentes resultados em virtude da composição da RAS,

Dessa forma, este estudo mostra-se relevante ao proporcionar a utilização do produto que contribui para a produção de práticas e ações que vão permear a consolidação da integralidade do cuidado, através do profissional enfermeiro no contexto da ABS. Sugerimos que o município, mantenha os estudos referentes a continuidade do cuidado, que este produto não se finde aqui, pois a cartilha precisa ser constantemente atualizada e sugere-se como mais uma indicação é que este tema seja trabalho com os gestores para a criação de protocolos de transição do cuidado, elaboração da Educação Permanente em Saúde. Instigar cada vez mais

profissionais da ABS, em especial os enfermeiros, para desenvolverem ações que garantam a consolidação da promoção da saúde na comunidade e território.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, J. et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC Health Serv Res**, v. 14, 346, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>>. Acesso em: 23 out. 2020.
- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. esp., p. 244-260, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>>. Acesso em: 08 jan. 2020.
- ALVES, S. G. S. **Prática do acolhimento à pessoa idosa na atenção básica: Uma estratégia de Humanização**. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/14689/1/SeldaGSA_DISSERT.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- AMENDOLA F. Integralidade da assistência ao paciente cirúrgico: articulação entre o hospital e a atenção primária. **Rev. SOBECC**, v. 24, n. 4, p. 173-74, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040001.11>>. Acesso em: 24 jun. 2021.
- ARAÚJO, J. M. **A rotatividade do profissional médico como fator de influência na eficiência da Estratégia Saúde da Família V no município de Dona Inês-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) – Campus João Pessoa, Instituto Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ifpb.edu.br/handle/177683/968>>. Acesso em: 19 mar. 2021.
- ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dados/a/Lrm7KQHYssvHZk6GmRrnff/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 22 maio 2021.
- AZEVEDO, P. A. C.; MODESTO, C. M. S. A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 183-194, 2016. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611014>>. Acesso em: 30 set. 2019.
- BACKES, D. S. et al. Vínculo profissional usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Av. Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 222-229, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.50418>>. Acesso em: 12 set. 2020.
- BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2721, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.
- BARRETO, S. M. S.; SOUZA, T. S.; MAIA, L. F. S. Alta qualificada: informações precisas para atuação do enfermeiro em uma unidade de internação psiquiátrica. **Revista Recien**, v. 9, n. 25, p. 18-36, 2019. Disponível em:

<<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/277/pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

BATISTA AP, Cardoso BC, Figueredo RC. Percepção de enfermeiros quanto a sua autonomia na atenção primária em saúde. In: Anais da 16ª Semana de Enfermagem IESC FAG. Guarai - TO. 2019>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BITTAR, O. J. N. et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Rev. Adm. Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.77>>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRAGA, L. A. V. et al. O impacto da Educação em Saúde na comunidade: Relato de experiência de acadêmicos de Medicina acerca de Atividades Educativas realizadas em território de estudo. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 5, p. 12892-99, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16984/13821>>. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRANDT, D. B.; SABOIA, E. R. L.; LIMA, S. I. M. Mobilidade Urbana e Tratamento Oncológico: considerações sobre o serviço de transporte sanitário no município do Rio de Janeiro. In: XIV Jornada de Intercâmbio de Trabalhos de Serviço Social na Área da Saúde do Estado do Rio de Janeiro e VII Mostra de Produção Técnico -Científica da Residência Multiprofissional em Saúde HUCFF. **Anais...**, Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, edição 41, seção 1, p. 54, 10 mar. 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 20 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 26 jul. 2021

BRASIL. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm>. Acesso em: 24 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde. **Estratégia e-Saúde para o Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria n° 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999, seção I, n. 237-E, p. 20-4, 1999. Disponível em: <<https://www2.mppa.mp.br/sistemas/gcsubsites/upload/37/Portaria%20NR%201395-99%20Politica%20Nac%20Saude%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n° 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 jul. 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 68, 22 set. 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, seção 1, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/24023258/pg-88-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-2010>>. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 set. 2017b. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-de-Consolida%C3%A7%C3%A3o-n%C2%BA-2-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Consolida%C3%A7%C3%A3o-das-normas-sobre-Políticas-Nacionais-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

- BRONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção à saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>>. Acesso em: 03 mar. 2020.
- BOMFIM, E. S. et al. Nurse activity on educational practices in the family health strategy. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 11, sup. 3, p. 1398-402, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201711>>. Acesso em: 07 out. 2020.
- CARDOSO, R. B.; PALUDETO, S. B.; FERREIRA, B. J. Programa de Educação Continuada Voltado ao Uso de Tecnologias em Saúde: Percepção dos Profissionais de Saúde. **Rev. bras. ciênc. Saúde**, v. 22, n. 3, p. 277-84, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.03.12>>. Acesso em: 09 fev. 2020.
- CARMONA, Cecília Fernandes, Couto, Vilma Valéria Dias e Scorsolini-Comin, Fabio A. Experiência de Solidão e a Rede de Apoio Social de Idosas. **Psicologia em Estudo online**. 2014, v. 19, n., pp. 681-691. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>>4Acessado 13 Outubro 2020.
- CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2001.
- COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Colombo: SMS, 2017. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/plano-municipal-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2020.
- COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-43, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>>. Acesso em: 19 out. 2020.
- COSTA, M. F. B. N. A. Rede de cuidado à pessoa idosa na atenção primária à saúde. In: ALVAREZ, A. M.; CALDAS, C. P.; GONÇALVES, L. H. T. **Programação de atualização em enfermagem: saúde do idoso**. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2020.
- COSTA, M. F. B. N. A. et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 3, e20200187, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 19 jan. 2020.
- DAVID, H. M. S. L. et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 315-

324, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>>. Acesso em: 24 set. 2020.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-52, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FARIAS, Deborah Curvelo de et al. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2015, v. 39, n. 1, pp. 79-87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00472014>> Acessado 13 Outubro 2020.

FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F.; BOUSQUAT, A. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018 p. 51-72.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

FERREIRA, M. L. S. M.; BARREIRA-PENQUES, R. M. V.; SANCHES-MARIN, M. J. Acolhimento na percepção dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Aquichan**, v. 14, n. 2, p. 216-25, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.8>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Rev. Bras, Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1178-88, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/0034-7167-reben-71-03-1178.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

FLEMING, M. O.; HANEY, T. T. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. **Cleve Clin J Med**, v. 80, supl. 1, S1-S6, 2013. Disponível em: <<https://www.bayada.com/articles/research-optimizing-home-health-care.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

FIGUEIRA, M. C. S.; SILVA, W. P.; SILVA, E. M. Integrative literature review: access to primary healthcare services. **Rev. Bras, Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1178-88, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/0034-7167-reben-71-03-1178.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio** (Resumo Executivo). Nova York: UNFPA, 2012. Disponível em:

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

GALINDO NETO, N. M. et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta paul. Enferm.**, v. 30, n. 1, p. 87-93, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700013>>.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/pt>>. Acesso em: 22 maio 2020.

GONÇALVES, A. V. F.; BIERHALS, C. C. K.; PASKULIN, L. M. G. Acolhimento com classificação de risco em serviço de emergência na perspectiva do idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 3, p. 14-20, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.52422>>. Acesso em: 30 maio 2020.

GONÇALVES, D. et al. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, v. 19, n. 1, p. 95-108, 2014. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26009/31003>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

GONDIM, G. M. M. (Org.) **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**, v. 1. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is 'continuity of care'? **J health serv res policy**, v. 11, n. 4, p. 248-250, 2006. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/135581906778476490>>. Acesso em: 07 abr. 2021.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 7425, p. 1219-21, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

HOFFMANN, M. C. C. L.; LOBO, M. C. A. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 21 jun. 2020.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Perfil do Município de Colombo**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=17&btOk=ok>. Acesso em: 02 ago. 2020.

JARDIM, M. J. A.; SILVA, A. A.; FONSECA, L. M. B. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **J. res.: fundam. care. online**, v. 11, n. 2, p. 432-440, 2019. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6370/pdf_1>. Acesso em: 04 set. 2020.

KANTORSKI, L. P. et al. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 26, n. 3, e1890014, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>>. Acesso em: 02 maio 2020.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

LEMOS S. de S.; Carla SpiriW.; SpagnuoloR. S. A percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre a integralidade na saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4608, 31 out. 2020.

LESSA, L. P. et al. Construção de uma cartilha sobre Educação no Trânsito ára adolescentes. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 12, n. 10, p. 2737-42, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996777>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LIRA, M. R. S.; COUTINHO, N. P. S. Avaliação do Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família em São Luís-MA. In: REICHERT, A. P. S. (Org.). **Avaliação e gestão do cuidado na saúde da família**. Fortaleza: edições. UFC, 2016.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde Debate**, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanização na terapia intensiva: Percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1095-103, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **J Health Inform**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4/52>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 62. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Po1%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20>-

%20Princ%C3%ADpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

MELO, N. C. V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 1, p. 139-51, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n1/pt_1809-9823-rbagg-19-01-00139.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2014.

MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n.1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 31 mar. 2020.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 184-8, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

NIETSCHKE, E. A. et al. Tecnologias Inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm UFSM**, v. 2, n. 1, p. 182-9, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3591/3144>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

OLIVEIRA, D. S.; SOUZA, S. P. D. E.; NUNES, C. J. R. R. A novidade mora ao lado: a literatura de cordel como material educativo para trabalhadores da Atenção Primária de Saúde de Ceilândia-DF. **Health Residencies Journal**, v. 2 n. 9, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.124>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

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. 158-164, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 07 jun. 2020.

OLIVEIRA, N. S. et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. **Id on line**, v. 8, n. 22, p. 49-83, 2014. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/264/0>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. 1ª ed. Brasília: OPAS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PALHA, P. F. Por um sistema de saúde integrador. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 181-2, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2540>>. Acesso em: 22 maio 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS). Oficinas do APSUS. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Oficina 9. **Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde**. 2014. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf> . Acesso em: 10 maio 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia da saúde do idoso**. – Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v. 22, n. supl. 2, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paul. Enferm.**, v. 31, n. 6, p. 627-35, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201800086>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

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**, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n3/1033-1051/pt/>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

PINTO, L. M. C.; FERNANDES, M. C. Referência e contrarreferência: dificuldades no cotidiano de cuidados do enfermeiro ao idoso na atenção básica. In: V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2017, Maceió, Alagoas. **Anais...Maceió: CIEH**, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD2_SA4_ID707_03082017140538.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

PINTO, C. J. M.; ASSIS, V. G.; PECCI, R. N. Educação nas unidades de atenção básica: dificuldades e facilidades. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 13, n. 5, p. 1429-36, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a237759p1429-1428-2019>>. Acesso em: 13 out. 2020.

PISSAIA, L. P.; BESCHORNER, C. E. Implantação de um ambulatório de média complexidade no Vale do Taquari-RS: um relato de experiência. **Cinergis**, v. 17, n. 4, p. 307-312, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8139/5349>>. Acesso em: 09 jul. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.

PORTUGAL, L. B. A. **Cartilha Educacional para Enfermeiros sobre lesão por pressão** - um estudo de validação. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

RAIMUNDO, Jader Sebastião e Cadete, Matilde Meire Miranda. Qualified listening and social management among health professionals. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2012, v. 25, n. spe2 [Acessado 13 Outubro 2020], pp. 61-67. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>>. Epub 04 Mar 2013. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010>.

RENNKE, S. et al. Hospital initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: A systematic review. **Ann Intern Med**, v. 158, n. 5, p. 433-40, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00011>>. Acesso em: 14 out. 2020.

RIBAS, E. N. et al. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, sup. 1, p. 591-98, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>>. Acesso em: 08 jun. 2021.

RIO GRANDE SUL. Secretaria da Saúde. **Atenção Básica ou Primária - Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Não paginado. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primaria-principal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

ROCHA, F. C. V. et al. Elderly welcoming in primary health care: the user perspective. **J. res.: fundam. care. online**, v. 10, n. 3, p. 669-74, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6692372>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ROCHA, L. S. et al. Self-care of elderly cancer patients undergoing outpatient treatment. **Texto Contexto- Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 29-37, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100029>. Acesso em: 02 nov. 2018.

SANCHES, M. Brasileiro perdeu quase 2 anos de expectativa de vida na pandemia, e 2021 deve ser pior, diz demógrafa de Harvard. **Correio Brasiliense**, Brasília, 4 abr. 2021. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2021/04/4918325-brasileiro-perdeu-quase-2-anos-de-expectativa-de-vida-na-pandemia-e-2021-deve-ser-pior-diz-demografa-de-harvard.html>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

SANTOS, C. T. B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis**, v. 26, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n1/45-62/>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 16, n. 3, 1671-80, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-36, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SANTOS, É. I.; OLIVEIRA, J. G. A. D. Social representations of nurses about professional autonomy and the use of technologies in the care of patients with wounds. **Invest. Educ. enferm.**, v. 34, n. 2, p. 378-386, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a19>>. Acesso em: 10 maio 2021.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 189-192, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100028>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SCIAMA, D. S.; GOULART, R. M. M.; VILLELA, V. H. L. Active ageing: social representations of health professionals in Elderly Health Reference Units. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 54, e03605, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018056503605>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SCIARRA, A. M. P.; CROTI, U. A.; BATIGALIA, F. O empoderamento da Enfermagem baseado no Programa de Colaboração Internacional IQIC para o atendimento às crianças com cardiopatia congênita. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v. 7, n. 5, p. 4578-82, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11702/13907> . Acesso em: 19 fev. 2021.

SCORUPSKI, R. M. et al. Vídeos Educativos em Aleitamento Materno: Educação em Saúde Online. **Extensão em Foco**, n. 21, p. 127-43, 2020. ISSN 2358-7180. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i20>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO E URBANISMO DE COLOMBO. **Mapa de Colombo**. Disponível em: <<https://colombo.atende.net/cidadao/pagina/dados-gerais>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA JF, Fonseca DF, Silva J, et al. O cotidiano de trabalho da estratégia saúde da família: entre o real e o ideal. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2019;9:e3488. Acesso em: 30 mar. 2021. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3488>.

SILVA, J. J. C.; BRASILEIRO, D. S. B. Da escola no quilombo à escola do quilombo: a prática pedagógica como elemento substancial para fortalecer sentidos de pertencimentos identitários. **Plurais**, v. 2, n. 1, p. 76-81, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/plurais/article/view/3621/2333>>. Acesso em: 30 mar. 2021.

SILVA, K. F. et al. O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev. APS.**, v. 21, n. 1, p. 122-133, 2018. Disponível em:

<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=205b6a3b-b8c0-4fb3-b814-9fd0b50633fb%40sessionmgr4006>>. Acesso em: 04 frv. 2021.

SILVA, T. F.; DAVID, H. M. S. L.; ROMANO, V, F. Análise do acolhimento a partir das relações na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2326-2326, 2020.

SILVA-RODRIGUES, F. M. et al. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 40, e20180238, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

SOUZA, R. A. et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 48, n. 3, p. 469-76, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>>. Acesso em: 12 nov. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUTER, E. et al. Indicators and measurement tools for health systems integration: a knowledge synthesis. *Int J Integr Care*, v. 17, n. 6, 4, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.5334/ijic.3931>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

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. *Int J Gen Med*, v. 4, p. 773, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233370/>>. Acesso em: 13 maio 2021.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador, BA: 2011. Debate. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2020.

UTZUMI, F. C. et al. Continuity of care and the symbolic interactionism: a possible understanding. *Texto Contexto-Enferm.*, v. 27, n. 2, e4250016, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 21, n. 4, p. 539-48, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>>. Acesso em: 09 abr. 2021.

VENDRUSCOLO C. et al. Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família. *Rev. Enferm. UFSM*, v. 9, n. esp., e5, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769239634>>. Acesso em: 13 fev. 2020.

VERAS, R. P. et al. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.*, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0059>>. Acesso em: 18 set. 2020.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 929-34, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/01.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2020.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-36, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>>. Acesso em: 11 nov. 2020.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its Association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, e1945, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>>. Acesso em: 24 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transitions of care**: technical series on safer primary care. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/315112514_Transitions_of_Care_Technical_Series_on_Safer_Primary_Care>. Acesso em: 30 ago. 2019.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

1. Profissão:

2. Idade:

3. Unidade de lotação:

Sexo () masculino () feminino

4. Há quanto tempo atua no município de Colombo:

() menos de 1 ano () 1 á 3 anos () 3 á 5 anos

() 5 á 10 anos () + de 10 anos

5. Possui experiência em ações programáticas á pessoa idosa na Atenção Básica

() sim () não

6. Você já recebeu capacitação a respeito do cuidado aos idosos

() sim () não

Se sim quais:

7. Quais são os atendimentos mais realizados em sua unidade á pessoa idosa.

() consulta () vacina () curativo () entrega de medicação () orientação

8. Quais as comorbidades mais presentes entre os idosos

() hipertensão () diabetes () neoplasia () transtorno mental

9. Quais as complicações mais frequentes que você profissional visualiza no atendimento

() mobilidade prejudicada () problemas de deglutição () integridade cutânea prejudicada () outros cite: _____

2 PROCESSO DE FLUXO E CONTRA FLUXO DA REFERÊNCIA

1. Na sua atuação profissional quais as facilidades e as dificuldades em relação ao atendimento a pessoa idosa.

2. Relate o fluxo de encaminhamentos de exames e consultas especializadas em sua unidade.

3. Na sua realidade profissional, como se dá a comunicação entre a Unidade de Saúde e o Serviço Especializado.

4. Você já presenciou alguma situação em relação ao fluxo de referência a pessoa idosa que cause a descontinuidade do cuidado? Em caso afirmativo, relate a respeito.

5. Existe algum instrumento na unidade de saúde que oriente suas ações em relação ao fluxo de referência à pessoa idosa para a atenção especializada no município de Colombo? Em caso negativo, fale-me um pouco a respeito.
6. Quais as informações são importantes para garantir à continuidade do cuidado a pessoa idosa na Atenção Básica
7. Considerando as comorbidades que a pessoa idosa possa apresentar, em sua opinião, onde este paciente deveria ser atendido. Justifique sua resposta.
8. Como você compreende o fluxo de referência da pessoa idosa no município e quais as melhorias e sugestões para aperfeiçoar?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Prof.^a Dra. Daiana Kloh Kalaf e aluna de pós-graduação Adriana Cordeiro Lopes Pereira – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você enfermeiro e profissional de saúde, a participar de um estudo intitulado: **Desenvolvimento de um Fluxograma de Referência à Pessoa Idosa entre a Atenção Básica e o Ambulatório Especializado**, contribuindo para qualificar as tecnologias gerenciais e educacionais em saúde, a partir da ótica da integralidade do cuidado.

- a) O objetivo desta pesquisa é desenvolver tecnologias gerenciais e educacionais para a transição e continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.
- b) Caso você autorize, você irá responder a uma entrevista com duração aproximada de uma hora; para expressar sua opinião sobre o fluxo de referência a pessoa idosa. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a Unidade Básica de Saúde que esta lotada.
- c) Para tanto a pesquisadora irá se dirigir a sua unidade de lotação, para a realização da entrevista que durará aproximadamente uma hora em uma única etapa.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento ou vergonha em expor suas opiniões.
- e) Alguns riscos relacionados aos estudos podem ser mínimos porém se você sentir algum desconforto e constrangimento em expor suas opiniões, poderá interromper a sua participação e, se houver interesse em conversar com a pesquisadora sobre o assunto. Para minimizar os riscos, a pesquisadora receberá a participante do estudo em um local reservado, ventilado e higienizado com material individualizado para cada entrevistado, garantindo a sua privacidade.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são melhorias no processo de organização do trabalho e assistência, relacionados a referência a pessoa idosa.
- g) Os pesquisadores Prof.^a Dra. Daiana Kloh Kalaf e Adriana Cordeiro Lopes Pereira responsáveis por este estudo poderão ser localizados Secretaria Municipal de Saúde de Colombo, telefone (41)3656-3606, no horário das 08:00 às 17:00 horas, email: adriclpereira@gmail.com. para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, coordenação da unidade e direção da atenção à saúde. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**. O material obtido através das entrevistas – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de um ano.

() Permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa;

() Não permito a minha identificação através de uso de meu nome nos resultados publicados da pesquisa.

j) Você não receberá remuneração pela participação. Mais a sua participação poderá contribuir para subsidiar o desenvolvimento de tecnologias gerencias e educacionais, de forma a possibilitar a integralidade do cuidado. As suas respostas não serão divulgadas de forma a possibilitar a identificação. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

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 e sem qualquer prejuízo para Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

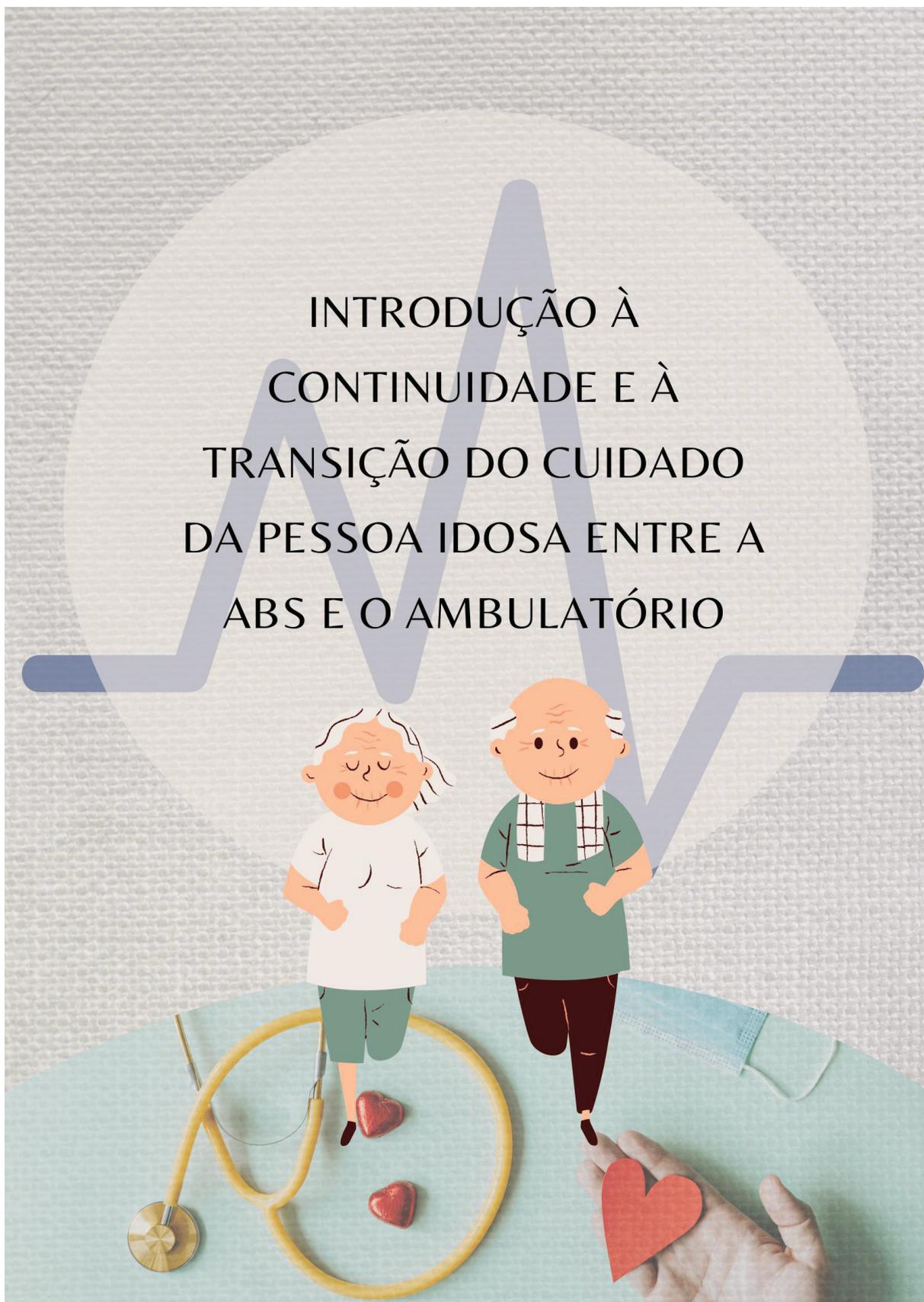
Colombo, ____ de _____ de _____

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

APÊNDICE 3 – CARTILHA NA ÍNTEGRA

INTRODUÇÃO À CONTINUIDADE E À TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA PESSOA IDOSA ENTRE A ABS E O AMBULATÓRIO



ELABORAÇÃO/ORGANIZAÇÃO

Adriana Cordeiro Lopes Pereira

Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Colombo/PR. Especialista em Urgência e Emergência pela Pontifícia Universidade Católica de Curitiba (PUC-Pr). Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem no Programa de Pós-graduação em Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná. Membro do (NESC).

E-mail: adriclpereira@gmail.com

REVISÃO/COLOBORADORES

Daina Kloh Kalaf

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde (NEPES). Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR.

Rafaela Gessner Lourenço

Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora e pesquisadora da área de saúde coletiva do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Integrante do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da UFPR e do grupo de estudos Gênero, Saúde e enfermagem da EEUSP.

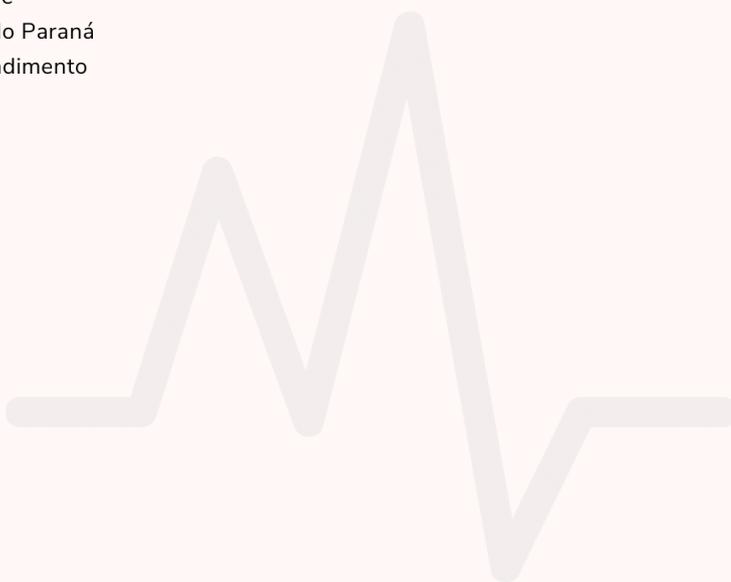
DIAGRAMAÇÃO

Rafaella Shizuko Uada

E-mail: rafaellashizuko07@gmail.com

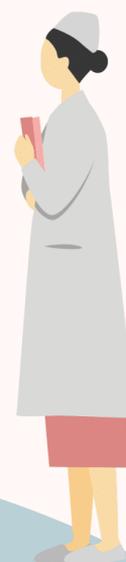
LISTA DE ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica a Saúde
AMMES - Ambulatório Multiprofissional Especializado
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEM - Centro de Especialidades Médicas
CME - Central de Marcação de Consulta
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializada de Assistência Social
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
EPS - Educação Permanente em Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humunização
PNPS - Política Nacional de Promoção a Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SIS - Sistemas de Informação em Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TE - Tecnologia Educacional
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFPR - Universidade Federal do Paraná
UPA - Unidade de Pronto Atendimento



SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| Apresentação..... | 05 |
| Introdução..... | 06 |
| 1. Rede de Atenção à Saúde..... | 07 |
| O que é Rede de Atenção à Saúde?..... | 07 |
| Como conhecer a Rede de Atenção à Saúde do seu município?..... | 08 |
| O que é Atenção Básica em Saúde?..... | 09 |
| O que é o Ambulatório Especializado?..... | 10 |
| Rede de Atenção à Saúde de Colombo..... | 11 |
| Referência..... | 12 |
| 2. Continuidade e Transição do Cuidado..... | 13 |
| O que é continuidade do cuidado?..... | 13 |
| Conceituando a integralidade..... | 14 |
| Reconhecimento das necessidades em saúde..... | 15 |
| Acolhimento..... | 15 |
| O que é Transição do Cuidado?..... | 16 |
| Referência..... | 18 |
| 3. Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado..... | 20 |
| Sistemas de Informação Sincronizados..... | 20 |
| Financiamento..... | 20 |
| Composição ideal das equipes..... | 21 |
| Instrumentos para a transição do cuidado..... | 22 |
| Equipes de Saúde e Educação permanente em Saúde..... | 22 |
| Transporte sanitário..... | 24 |
| Referência..... | 25 |
| 4. Estratégias para a realização da continuidade e da transição do cuidado à pessoa idosa..... | 26 |
| Estratégias para realizar a continuidade cuidado..... | 26 |
| Materiais educativos na Atenção Primária à Saúde..... | 28 |
| A integralidade do cuidado à pessoa idosa..... | 29 |
| Referência..... | 31 |



APRESENTAÇÃO

Caro(a) Enfermeiro(a)

Esta Cartilha é uma Tecnologia Educacional (TE) que apresenta conceitos e informações para a realização da continuidade e transição do cuidado entre Atenção Básica à Saúde (ABS) e ambulatório, voltados à pessoa idosa.

Nesta cartilha audiobook, utilizando linguagem simples e objetiva, serão abordados assuntos pertinentes à continuidade e transição do cuidado, que irão auxiliar na compreensão da temática e possibilitar o aperfeiçoamento em sua prática profissional.

Você também poderá realizar a leitura desta cartilha em seu celular. Para tal, é preciso ter um smartphone ou tablet equipado com câmera, acesso à internet e um aplicativo leitor de QR Code. O acesso à cartilha e seus conteúdos complementares ocorre de forma dinâmica e fácil.

INTRODUÇÃO

Esta cartilha é o produto da dissertação de mestrado intitulada “Introdução à continuidade e à transição do cuidado na Rede de Atenção à Saúde à pessoa idosa” defendida no Programa de Pós-graduação em Prática do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi desenvolvida pela Enfermeira Adriana Cordeiro Lopes Pereira, sob orientação das Professoras Daiana Kloh Khalaf e Rafaela Lourenço Gessner.

Com a mudança do perfil populacional e o aumento da expectativa de vida no Brasil, houve um aumento da população idosa e de doenças crônicas, demandando dos serviços de saúde, nos seus diferentes níveis, uma maior atenção às complicações que se apresentam, despertando o profissional na busca de novas ferramentas para potencializar a forma de cuidar.

A partir da vivência e observação da prática profissional da autora, percebeu-se a necessidade de contribuir para a educação permanente em saúde dos profissionais que compõem a Rede de Atenção à Saúde dos municípios. Aqui se destaca o enfermeiro, que é estratégico no contexto da Atenção Básica em Saúde, sendo capaz de articular e interagir amplamente com a equipe interdisciplinar e a comunidade.

É importante evidenciar que a formação permanente dos profissionais de saúde tem como foco o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa atendida nos serviços de saúde.

O texto abordará informações sobre a continuidade do cuidado na transição entre os serviços, contribuindo para que o cidadão tenha suporte adequado e um cuidado conforme os princípios doutrinários do SUS.

1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

> O que é Rede de Atenção à Saúde?



Você sabia que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem por objetivo superar a fragmentação da atenção à saúde para aperfeiçoar e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) na sua região?

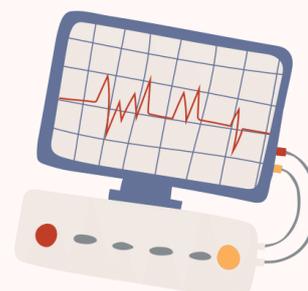
A RAS é formada a partir de relações horizontais entre os diversos serviços de saúde, incluindo o domicílio, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os ambulatórios especializados, entre outros, mediante referenciamento do cidadão, quando se fizer necessário (MENDES, 2011)

Desse modo, é possível ofertar ações e serviços integrados, contemplando diferentes tecnologias, de gestão, apoio técnico e sistemas logísticos, efetivando assim o mecanismo de referência e contrarreferência ao cidadão. Os principais sistemas logísticos da RAS são:

- ✓ os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários;
- ✓ as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde;
- ✓ os sistemas de transportes sanitários.

Tudo isso é para assegurar ao cidadão a atenção à saúde pautada na integralidade, com qualidade e de forma humanizada.

Além da atenção contínua e integral ao cidadão, a RAS fortalece o acesso aos serviços de saúde, a equidade de acesso, o atendimento às necessidades em saúde, e a eficiência econômica do SUS.



Cabe destacar que a “Atenção à Saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, de gênero, assim como a diversidade da população”, é um dos atributos da RAS.

BRASIL, 2010.



ACESSE O ÍCONE

Para a efetivação da RAS é preciso adotar estratégias que possibilitem a integração do sistema. Para saber mais sobre isso, leia a Portaria N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990.



Lembre-se: A RAS só tem sentido se for para garantir a integralidade e, para tal, a Atenção Básica à Saúde (ABS) precisa conhecer as necessidades em saúde da população e os recursos para atendê-las.

Compreende-se necessidades de saúde como sendo a necessidade de se ter boas condições de saúde (trabalho, renda, moradia, entre outros), de acesso à saúde, de estabelecimento de vínculo (estabelecimento de uma relação profissional/cidadão contínua), e necessidade de autonomia no modo de levar a vida (CECÍLIO, 2001).



Como conhecer a Rede de Atenção à Saúde do seu município?

Para conhecer a RAS você pode acessar o site da Secretaria Municipal de Saúde do seu município e conversar com a coordenação da UBS de sua região.

Sugestão: Converse com colegas de trabalho e verifique se todos conhecem o funcionamento da RAS do município em que atua, quais são as suas fragilidades e fortalezas. Para que a RAS funcione, todos deverão compreendê-la!



Atenção aos elementos que constituem a RAS. São eles:

- ✓ a região de saúde ou abrangência: primeiramente deve-se conhecer a região a ser trabalhada, suas fortalezas e fraquezas, a delimitação geográfica e o reconhecimento da população adscrita. Se possível, estabelecer um rol de ações e serviços que serão ofertados de acordo com as necessidades em saúde da população. A delimitação da região de saúde deverá ser realizada com muito cuidado para que se possa garantir tempo/resposta necessário ao atendimento, estrutura e viabilidade operacional sustentável (BRASIL, 2010).
- ✓ estrutura operacional: os profissionais de saúde como você irão reconhecer os diferentes pontos de atenção à saúde (equipamentos), que se ligam e se comunicam através de prontuário eletrônico e demais sistemas de informação, assistência farmacêutica e transportes.
- ✓ o modelo de atenção à saúde: sistema lógico que organiza a forma de funcionamento da rede, articulando as relações existentes entre os cidadãos e os profissionais que nela trabalham.

A figura a seguir representa, de forma simbólica, a RAS



Dica: Para fortalecer a compreensão e funcionamento da RAS, verifique a possibilidade de os gestores ofertarem ações de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Lembre-se: Compreender melhor, obtendo informações precisas sobre como o sistema de saúde se organiza, e reconhecer os serviços disponibilizados no município e suas pactuações com os demais entes, é essencial para a concretização da RAS. A partir deste (re)conhecimento, você entenderá melhor como ocorre a continuidade e a transição do cuidado entre os pontos de atenção.



O cuidado na perspectiva da integralidade e continuidade do cuidado deve também procurar reconhecer os pontos informais de atenção básica em saúde que a população local recorre, por exemplo, benzedeiras e rezadeiras.

Vamos em frente. Em nosso próximo tópico, trataremos mais sobre a ABS.

➤ O que é Atenção Básica em Saúde?

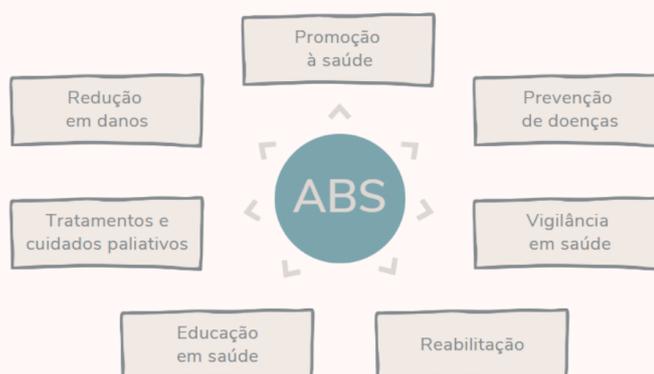
Para compreender como funciona a RAS, é importante entendermos que a ABS é a coordenadora do cuidado e a ordenadora do acesso aos cidadãos nos diferentes pontos de atenção no seu município.

Para que possa coordenar o cuidado, é necessário (re)conhecer o território de atuação e os cidadãos nele cadastrados. As informações geradas através das necessidades em saúde levantadas no território pelos profissionais irão gerar as pactuações dos serviços pelos entes, estadual e federal, consequentemente a melhora ao acesso aos serviços de saúde.

Dica: Os meios de comunicação informatizados e integrados podem contribuir para a coordenação do cuidado, possibilitando o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos cidadãos nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da ABS e especialistas (OLIVEIRA, 2013).



A figura a seguir demonstra a extensão das ações que são realizadas na ABS:



Lembre-se: para atender os princípios doutrinários do SUS (acesso, integralidade, equidade) e romper com a fragmentação do cuidado, a ABS precisa desenvolver programas e ações individuais ou coletivos, levando em consideração a diversidade das necessidades em saúde, através de atividades como: consultas, exames, vacinas e outros procedimentos, contribuindo para a continuidade do cuidado ao cidadão.

Vale lembrar que a ABS é reconhecida como a "porta de entrada" dos cidadãos no sistema de saúde, a qual possibilita a resolução de grande parte das necessidades em saúde e, caso seja necessário, encaminha os cidadãos para outros níveis de atenção, como o ambulatório especializado.

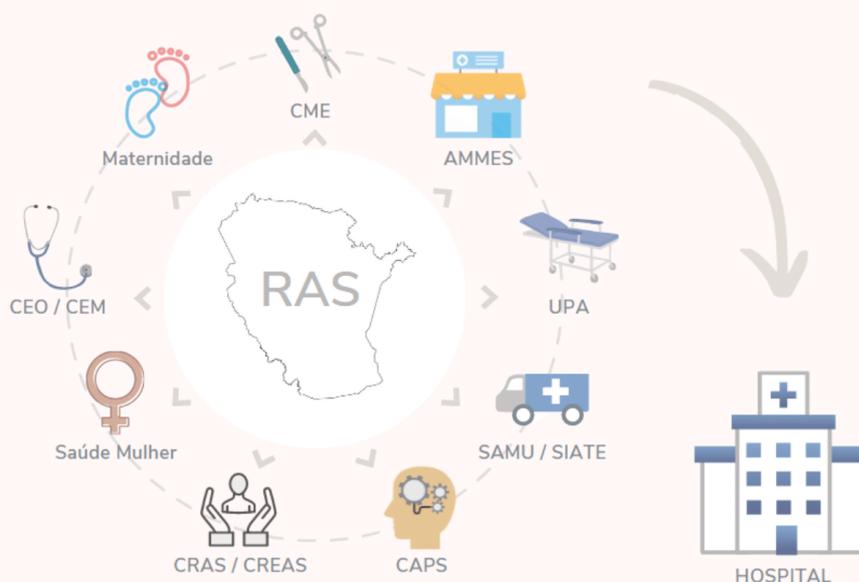
➤ O que é o Ambulatório Especializado?

Outro ponto de atenção à saúde existente em vários municípios é o ambulatório especializado. Intitulado unidades de diagnóstico e orientação, fazem parte da RAS e fornecem o cuidado clínico terapêutico de média e alta complexidade através do encaminhamento do profissional, com ênfase nas necessidades levantadas pela ABS (CONASS, 2015)

O acesso a esse equipamento traz benefícios ao cidadão como: diagnóstico, observação, tratamento e reabilitação, garantindo retaguarda assistencial e, ainda, articulando-se com a Atenção Hospitalar e Atenção às Urgências.

➤ Rede de Atenção à Saúde de Colombo

O município de Colombo tem um sistema de gestão de atenção básica e sua rede é composta por 25 UBS, 01 Unidade de Saúde da Mulher, 01 Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEM/CEO), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II e 01 AD, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), SAMU/SIATE, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a Central de Marcação de Especialidades (CME). Em parceria com o estado, há o Ambulatório Multiprofissional Especializado (AMMES) e a Maternidade.



Até o momento, você conheceu o que é a RAS, sua porta de entrada e o serviço especializado. A RAS muda de acordo com cada município, número de habitantes, perfil epidemiológico e sistemas de gestão. Desse modo, procure sempre conhecer a RAS do seu município e suas particularidades.

Agora, vamos aprofundar mais os seus conhecimentos e possibilidades de atuação? Nossa próxima abordagem será sobre a continuidade do cuidado. Vamos em frente?

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.– Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 18.ed.Brasília, DF: Senado, 1988.

. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 jul.2021.

. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

CECÍLIO, L. C. de O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2001.

MENDES E.V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos e Pereira. Iara Cristina. *Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família*. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2013, v. 66, n. spe [Acessado 26 Julho 2021] , pp. 158-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Epub 30 Set 2013. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

2. CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

> O que é continuidade do cuidado?

Continuidade do cuidado significa a prestação da assistência à saúde necessária ao cidadão de maneira contínua, integrada e coordenada na RAS, envolvendo o trabalho interprofissional (BRASIL, 1990; MENDES et al., 2017, ALMEIDA et al., 2018).

Você sabia?

 O termo continuidade do cuidado remete à palavra **longitudinalidade** e **significa** cuidado ao longo do tempo, em nível individual e/ou coletivo, mesmo quando houver necessidade de referenciamento das pessoas a outros pontos de atenção e/ou equipamentos de saúde que prestam o acompanhamento e tratamento ao cidadão (CUNHA, 2011).

Para a garantia da continuidade do cuidado, é necessário que o cidadão esteja vinculado à ABS e que esse serviço esteja articulado e integrado aos demais pontos de atenção da rede, visando à produção do cuidado integral e adequado às suas necessidades, com o objetivo de oferecer a melhoria da assistência e a redução de complicações.



Lembre-se: mesmo referenciando o cidadão para um serviço especializado, através dos protocolos de encaminhamento que especificam as condições passíveis de atenção no nível secundário, a ABS ainda é responsável pelo acompanhamento e deverá sempre ser notificada sobre ou para a realização da transição do cuidado.

Você sabia?

A integração das diferentes dimensões do cuidado e serviços melhora a relação entre os cidadãos e profissionais, reduz o uso indevido dos serviços e possibilita a redução dos custos com a saúde, aumentando a satisfação do cidadão com o serviço, e do profissional de saúde com o seu trabalho (MENDES, 2017).



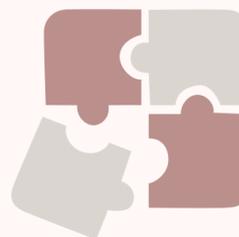
Quais são os desafios da continuidade do cuidado?

Os desafios são inúmeros, mas vamos nos ater à garantia da integralidade a partir da continuidade do cuidado. Para tal, é necessário compreender o que é a integralidade do cuidado.

Conceituando a integralidade

Quando pensamos em integralidade normalmente nos questionamos sobre quais são as ações que nós, profissionais de saúde, podemos realizar para melhorar a atenção à saúde dos cidadãos. Podemos citar algumas ações, como:

- ✓ garantir o acesso aos serviços de saúde;
- ✓ oferecer o acolhimento humanizado;
- ✓ organizar o processo de trabalho através de utilização de protocolos e reuniões de equipe;
- ✓ prestar orientações adequadas, de acordo com a necessidade em saúde de cada cidadão.



Dessa forma, entende-se que o conceito de integralidade vai além daquele apresentado na Lei Orgânica 8.080 de 1990 que define integralidade como sendo a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, caso o usuário necessite, como também a possibilidade de integrar ações preventivas e curativas, diante dos cuidados realizados nos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Para refletir:

“ A integralidade expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário. No que diz respeito às relações entre profissionais de saúde e usuários, refere-se a uma prática integral: a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade; a visão holística do ser humano, e não em um conjunto de partes; a valorização da história de vida que carrega o usuário, tirando o foco das práticas voltadas à doença; a compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar, social e cultural; e o reconhecimento da importância do diálogo, permitindo o protagonismo dos diversos atores envolvidos (MATTOS, 2011, p.51). ”



ACESSE O ÍCONE

Para saber mais sobre esse tema, recomendamos a leitura do seguinte texto:
A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) 2004.

Você já deve ter percebido que, para alcançarmos a integralidade do cuidado de cada cidadão ou comunidade, precisamos desenvolver ações nos diversos equipamentos abordados nos próximos temas apresentados nesta Cartilha.

Um desses temas trata do reconhecimento das necessidades em saúde em determinado território por meio do acolhimento humanizado.

➤ Reconhecimento das necessidades em saúde

Para você, profissional de saúde, reconhecer as necessidades em saúde, precisa primeiro conhecer seu território e sua população, como também as carências e vulnerabilidades que os cercam, expressas nos modos de vida e identidades do cidadão local.

“Entende-se por vulnerabilidade, a análise das condições histórico-social, individual e coletiva, em alguns casos estrutural, do enfraquecimento de alguns grupos excluídos, discriminados, para a elaboração de políticas e proposições de enfrentamento de agravos ou condições de saúde (SANTOS, 2012).”

Reconhecer as necessidades em saúde é identificar as potencialidades do território na perspectiva de articular e dialogar com a população, garantindo a integralidade do cuidado e a produção da cidadania (GONDIM, 2017).



Lembre-se: os serviços de saúde, quando se organizam com foco nas necessidades da população, tendem a ser mais eficientes, no sentido de apresentar maior capacidade de escutar e atender as necessidades que se apresentam.

Considerando que cada cidadão possui sua necessidade em saúde, precisamos de uma ferramenta para que possamos entender e identificá-la e, assim, auxiliar na promoção e prevenção da saúde. Uma dessas ferramentas é o acolhimento, que será abordado no próximo tópico.

➤ Acolhimento

Acolher, confortar e proteger são sinônimos que traduzem a garantia da integralidade ao cidadão.



Refere-se à atenção dada às condições de saúde do cidadão, de maneira qualificada, disponibilizando um retorno que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução (LOPES, 2015).

Para os profissionais, o acolhimento significa uma prática de recepção do cidadão, uma atenção especial, através da assistência integral e holística.



Você sabia que o acolhimento é uma ferramenta que colabora com a qualificação dos sistemas de saúde? Ele possibilita ao cidadão o acesso a um atendimento justo e integral, por meio da equipe interprofissional, em qualquer ponto de atenção, sendo capaz de viabilizar os princípios constitucionais do SUS.

Para saber mais sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), acesse o ícone.



Até esse ponto da Cartilha, você já deve ter identificado que o cidadão tem a garantia da continuidade do cuidado nos serviços de saúde, através do acompanhamento integral, e que a equipe de saúde se utiliza de ações para auxiliá-lo na promoção e prevenção de doenças, sejam elas crônicas ou agudas. Agora vamos conhecer mais sobre como garantir a integralidade do cuidado específico para a pessoa idosa.

➤ O que é Transição do Cuidado?

A transição do cuidado é definida como um conjunto de ações que visam à coordenação e à continuidade do cuidado, como a transferência entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado. Ela envolve o cidadão, familiares e cuidadores (COSTA, 2019). Portanto, é um processo complexo que exige dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades, trazendo qualidade na assistência e na vida dos cidadãos, evitando assim novas internações e redução dos custos hospitalares.

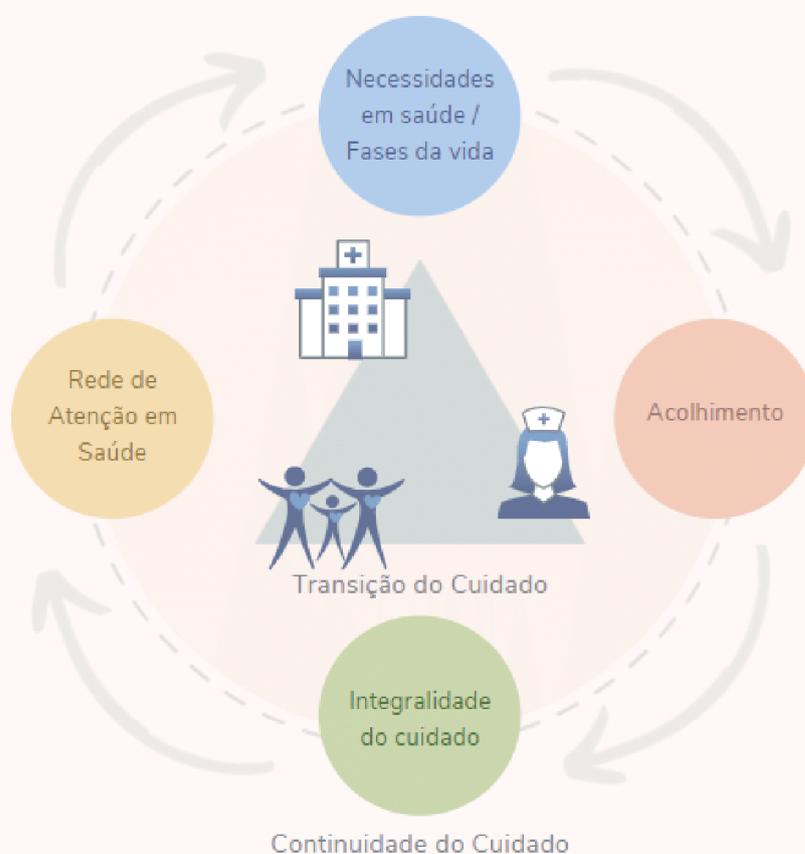
Você sabia?

Na alta hospitalar, a continuidade do cuidado ocorre do hospital para a ABS, através do planejamento de alta pela equipe interprofissional, bem como as orientações para os cuidados no domicílio.



Em países como Portugal e Canadá, existe a presença da Enfermeira de Ligação, que identifica as necessidades em saúde para a alta e o cuidado no domicílio, realizando contato com os profissionais da ABS. Essa enfermeira se utiliza de um sistema que compartilha as informações do paciente e, posteriormente, realiza os devidos encaminhamentos por plataforma eletrônica. No Brasil, em Curitiba – PR, a Enfermeira de Ligação avalia os pacientes que necessitam da continuidade do cuidado desde a internação (RIBAS, 2018, AMENDOLA, 2019, COSTA, 2019).

Até esse ponto da leitura, você deve ter conseguido perceber a diferença entre a Continuidade do Cuidado e a Transição do Cuidado. Para reforçar esses conceitos, será exemplificado abaixo:



Referências

ALMEIDA PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [periódico na Internet]. [Acessado 26 Julho 2021]42(n. esp. 1):244-260. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=s - ci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=pt

AMENDOLA F. Integralidade da assistência ao paciente cirúrgico: articulação entre o hospital e a atenção primária. *Rev SOBECC*. 2019 dez;24(4):173-4. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201900040001>. 11.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 18. ed. Brasília, DF: Senado, 1988.

. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 jul.2021.

. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

COSTA, MFBNA, Sichieri K, Poveda VB, Baptista MC, Aguado PC. *Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices*. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 3):e20200187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>

GONDIM, Grácia Maria de Miranda (Org.). *Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade: volume 1 / Organização de Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria Auxiliadora Córdova Christófaro e Gladys Miyashiro Miyashiro*. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017.

LOPES, Adriana Santos et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 104 [Acessado 26 Julho 2021] , pp. 114-123. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>>. ISSN 0103-1104. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p.

MENDES, Felismina Rosa P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 3 [Acessado 26 Julho 2021] , pp. 841-853. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>.

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

RIBAS EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli No P, Aued GK, Silva CPC. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 1):546-53.

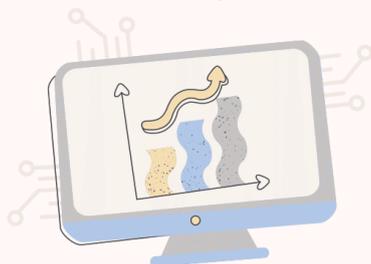
3. ESTRATÉGIAS PARA A REALIZAÇÃO DA CONTINUIDADE E DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Para garantir a continuidade do cuidado, precisamos de ações e apoio técnico e logístico que serão abordados nos tópicos a seguir.

➤ Sistemas de Informação Sincronizados

Os sistemas de informação em saúde (SIS) têm por finalidade contribuir para a melhoria da qualidade e da produtividade da assistência de saúde, possibilitando a realização de pesquisas e atividades de ensino (BITTAR, 2018).

Você sabia que: A gestão da informação possibilita que os profissionais de saúde desempenhem as atividades com efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os múltiplos membros das equipes? Seu desenvolvimento de SIS visa suprir as necessidades de interação das equipes para a coordenação do cuidado nos atendimentos (MARIN, 2010, BRASIL, 2017).



Considera-se informação: a coleta de dados, o armazenamento, o processamento das informações dos pacientes, o auxílio ao diagnóstico e a prescrição dos medicamentos.

Os cuidados adequados a cada situação em que o paciente esteja envolvido são de grande valia para os profissionais da ABS. Através do apoio logístico, oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação e voltadas para promover uma integração eficaz e comunicação entre pontos de atenção.

A sincronização dos sistemas de informação é fundamental para a boa gestão dos serviços de saúde. Ela é o suporte para a organização administrativa e técnica e precisa de financiamento para mantê-la atualizada, o que veremos a seguir.

➤ Financiamento

O financiamento das ações da ABS é de responsabilidade das três esferas de governo: federal, estadual e municipal e de forma complementar. A política prioritária do

Ministério da Saúde é o fortalecimento das ações, programas e serviços de saúde, especialmente, a atenção orientada para as necessidades em saúde de cada território.

A ABS requer dos gestores a utilização eficiente e responsável dos recursos disponíveis, compreendendo a visão de gerenciamento do serviço e dos recursos humanos, planejamento e compromisso com o SUS. Assim, o financiamento tem que estar interligado ao funcionamento adequado da rede (CONASS, 2015).

Dicas para complementar a leitura e entender mais o financiamento do SUS:

- ✓ Emenda Constitucional nº 86/2015
- ✓ Emenda Constitucional nº 95/2016
- ✓ Portaria nº 3.992/2017
- ✓ Decreto 7.508/2020

Nos tópicos a seguir serão abordados temas relevantes e interligados ao financiamento, que irão auxiliar a continuidade do cuidado na RAS em seu município, como: a composição ideal das equipes, instrumentos de trabalho, educação permanente em saúde e transporte sanitário.

➤ Composição ideal das equipes

Os trabalhadores de saúde têm papel importante na garantia e qualidade dos serviços na AB, principalmente na proteção de agravos e promoção à saúde através de ações programáticas, atendendo, assim, as necessidades em saúde dos cidadãos.



Você sabia?

A PNAB recomenda que as Unidades Básicas de Saúde funcionem com carga horária mínima de 40 horas/semanais, oferecendo acesso facilitado à população e tendo como composição mínima: médico, enfermeiro, e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podem ainda fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A distribuição da carga horária e número de profissionais é responsabilidade do gestor local, levando em consideração o perfil epidemiológico e demográfico de cada população.

Para exercer a profissão com qualidade e eficiência, ele necessita de instrumentos para o desenvolvimento de suas atividades, os quais veremos a seguir.

➤ Instrumentos para a transição do cuidado

Em todo processo de trabalho, as equipes de saúde necessitam de planejamento e organização para o pleno desenvolvimento de suas atividades, garantindo uma integralidade da assistência. Os fluxos assistenciais orientam o percurso do cidadão pelo sistema de saúde, mas também funcionam como instrumento de trabalho para a gestão em relação à programação e avaliação do atendimento.

No cenário assistencial, servem para orientar o profissional durante o desenvolvimento de sua atividade com eficiência, ou seja, atuam como instrumentos para a coordenação do cuidado.

Cabe à gestão do seu município implementar os instrumentos que se fazem necessários, de acordo com as necessidades em saúde da população adscrita, se utilizando da Educação Permanente em saúde, a qual será abordada a seguir.



➤ Equipes de Saúde e Educação permanente em saúde

A Unidade Básica de Saúde está apta a realizar a assistência à saúde, visando a abordagens ampliadas para que ao idoso seja visto de acordo com sua singularidade. A partir de suas necessidades em saúde específicas, surgem planos de ação individualizados.

A importância do trabalho interprofissional integrado e de forma articulada é que o mesmo amplia a capacidade do cuidado e de resolução das necessidades em saúde, uma vez que consegue tornar os dispositivos de atenção à saúde existentes mais acessíveis, proporciona uma atenção integral e compartilha a responsabilidade pela melhoria da qualidade de saúde e de vida de uma população (PEDUZZI, 2018).

A Equipe de Saúde tem como instrumento importante a Educação Permanente em saúde, aliada dos profissionais por estar associada à busca pela garantia de princípios básicos do SUS como a universalidade e integralidade.



A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) assegura aos profissionais de saúde e gestores o apoio à formação e à educação permanente em saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva, aperfeiçoando as estratégias e mecanismos para a promoção e educação em saúde (BRASIL, 2018).

As atividades de Educação Permanente em Saúde que são realizadas no contexto da ABS tornam-se relevantes na prática para a consolidação dos princípios que regem o SUS, e carecem de ser construídas e entendidas como uma estrutura em permanente modificação, proporcionando educação nos níveis de promoção de saúde e prevenção de agravos (FERREIRA, 2019).

Sendo que muitas dúvidas da população são esclarecidas neste contato, educação em saúde é primordial para a reflexão e transformação de comportamento na vida dos indivíduos. É justamente esse o papel dos educadores, promover o fortalecimento e comunicação de saberes próprios, visando à transformação social (BRAGA, 2020).

 Não se esqueça: a Educação Permanente em Saúde, além de compreender o ambiente de saúde a partir do enfoque familiar e comunitário, é considerada como espaço de construção coletiva, onde os diversos sujeitos estão envolvidos nos cuidados em saúde, visando articular as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e ampliar a capacidade resolutiva dos problemas nos serviços de saúde.

Você sabia?

A autonomia é um componente da prática profissional que implica na liberdade para a equipe interprofissional, envolve a aquisição de conhecimentos científicos e sua aplicabilidade na prática do cuidado. É exercida em espaços regulados por diversos dispositivos legais, entre eles, a PNAB e os protocolos assistenciais do Ministério da Saúde, assim como as diversas legislações específicas da profissão (PEREIRA, 2018).



Frente às necessidades em saúde da população, é essencial que a AB implemente ações efetivas, buscando a interação dos saberes na prática interdisciplinar, impactando os equipamentos de saúde através da autonomia do profissional, principalmente o enfermeiro, tornando possível a obtenção de melhores resultados na saúde da população sob seus cuidados.

Saiba mais: Lei 7498/86, que regulamenta o exercício profissional de enfermagem e a Resolução COFEN - 0564/2017, que estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.



ACESSE O ÍCONE

Transporte sanitário

Transporte Sanitário Eletivo é destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar consultas/exames de caráter não urgente, no próprio município de residência ou em outra região de saúde de referência, pois atendimento eletivo não requer assistência médica dentro de um reduzido espaço de tempo. O mesmo integra os pontos de atenção necessários para viabilizar e ampliar o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017).



Você sabia?

O transporte sanitário atende a uma antiga reivindicação dos usuários do SUS, sendo considerado uma estratégia para promover a ampliação do acesso e qualificação da atenção à saúde através de apoio diagnóstico, destinado ao deslocamento de cidadãos para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS, respondendo às necessidades e demandas de mobilidade e transporte das pessoas com deficiência e/ou doença crônica durante o seu tratamento de saúde (BRASIL, 2017).

Você pode verificar no seu município como funciona o transporte sanitário.

No município de Colombo, o transporte sanitário é acionado através de uma Central de Transportes por meio de contato telefônico, onde o próprio cidadão faz a solicitação, informando o local da consulta/exame, data e horário para o deslocamento e se tem alguma dificuldade de mobilidade.



Para saber mais sobre a importância e a legislação do transporte sanitário, acesse o ícone.

Referências

BITTAR, OJNV, M Biczuk , MISerinolli , MC. ZN , MMN Moura, Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. Rev. Adm. Saúde - Vol. 18, Nº 70, jan. – mar. 2018.

BRAGA, VAL, Silva, Santos.O impacto da Educação em Saúde na comunidade: Relato de experiência de acadêmicos de Medicina acerca de Atividades Educativas realizadas em território de estudo. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12892-12899 set/out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Estratégia e-Saúde para o Brasil, Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, Brasília, 2017. [acessado em 2021, jul 26]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/Estrategia-e-saude-para-o-Brasil.pdf>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017_20815526

FERREIRA, Lorena et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 120 [Acessado 26 Julho 2021] , pp. 223-239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>.

MARIN HF. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. J Health Inform 2010; 2(1): 20-24.

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

PEREIRA JG, Oliveira MA. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. Acta Paul Enferm. 2018;31(6):627-35.

PEDUZZI, Marina e Agreli; Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda "Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros", em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 30 de agosto de 2017. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2018, v. 22, n. Suppl 2 [Acessado 26 Julho 2021] , pp. 1525-1534. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>>. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>.

4. ESTRATÉGIAS PARA A REALIZAÇÃO DA CONTINUIDADE E DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO À PESSOA IDOSA

Para implementar a continuidade do cuidado entre a ABS e o ambulatório, há necessidade de conhecer os territórios e os cidadãos que neles vivem.

Além de conhecer o território e suas necessidades, é importante que a equipe interdisciplinar realize acompanhamento focado nas características que o idoso apresenta, entre elas: fragilidades, vulnerabilidades e questões que não envolvem apenas cuidados de saúde.

Uma das questões pertinentes aos atendimentos realizados na AB são as complicações das doenças crônicas, que acabam por causar internações por causas suscetíveis. Quando partilhamos os conhecimentos através da educação permanente em saúde, promovemos também a autonomia do profissional enfermeiro, o qual busca atender as particularidades de cada ser humano, de acordo com suas necessidades (BARBIANI, 2016).



A educação em saúde, utilizada como meio educador, é capaz de transformar o conhecimento científico aliado às práticas educativas. Nessa lógica, fundamenta-se propiciar o contexto da doença aos saberes da população (FALKENBERG, 2014).

Essa ação se faz necessária para alcançar a integralidade do cuidado, atendendo, assim, as necessidades em saúde da comunidade. Portanto, a oferta do acesso aos serviços de saúde à pessoa idosa é cumprir com um dos atributos do SUS e realizar o monitoramento ambulatorial do cidadão na ABS e vice-versa é uma das estratégias para a transição do cuidado.

Agora veremos quais estratégias que nós, profissionais de saúde, podemos utilizar para alcançar a continuidade do cuidado.

➤ Estratégias para realizar a continuidade do cuidado

As estratégias elencadas a seguir podem ajudá-lo a qualificar a TC no seu município. Essas estratégias foram desenvolvidas a partir da vivência da pesquisadora, entrevistas e literatura científica. É importante lembrar que essas estratégias não se esgotam aqui,

pois estamos falando em uma transição do cuidado fundamentada na integralidade e necessidades em saúde.

- ✓ comunicação efetiva com os serviços de média e alta complexidade e intersetorial, sempre que ocorrer a referência e contrarreferência do cidadão. Está no ambulatório? Então, não esqueça de enviar as informações do cidadão para a equipe de ABS e vice-versa;
- ✓ realização da visita domiciliar pela equipe da ABS após a transição do cuidado pelo serviço referenciado;
- ✓ contato com o serviço de referência em caso de dúvidas ou complementação de dados para melhorar a realização de assistência à saúde;
- ✓ padronização dos atendimentos a partir de protocolos existentes no município;
- ✓ elaboração do plano de cuidado com equipe interdisciplinar;
- ✓ registro das informações em prontuário;
- ✓ orientação sobre os cuidados de saúde ao idoso, cuidador ou familiar;
- ✓ organização da fila de espera de acordo com os protocolos vigentes;
- ✓ monitoramento das filas de espera/tempo de agendamento ao ambulatório especializado;
- ✓ reunião de equipe com discussão de casos;
- ✓ estabelecimento na ABs de estratificação de risco, de acordo com o Linha de Cuidado ao idoso do Estado do Paraná;
- ✓ atividades de educação permanente em saúde.

Veras (2015) destaca que a rede estruturada deve possibilitar pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado à pessoa idosa: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de atendimento para a realização da transição dos cuidados, não se esquecendo das diretrizes e dos protocolos clínicos. Eles direcionam a boa prática, pautados na melhor evidência disponível e adequada a cada situação clínica. O plano terapêutico é o fio condutor para a continuidade do cuidado e estabelece o percurso assistencial de acordo com as necessidades da pessoa idosa.



➤ Materiais educativos na Atenção Primária à Saúde



O desafio para os profissionais de saúde e gestores é desenvolver atividades de educação em saúde que auxiliem na prevenção e retardamento de doenças e fragilidades à pessoa idosa. Além disso, desenvolver material educativo para a manutenção da independência e autonomia do cidadão, prevenindo doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação de agravos.

Vários materiais podem e devem ser desenvolvidos para estimular o autocuidado do cidadão e auxiliar os seus cuidadores. Entre eles, cartilhas como esta, cartazes educativos, histórias no formato de literatura de cordel e jogos interativos que possam ser utilizados em grupos de apoio ou cuidado (OLIVEIRA, 2020).

Recentemente, com o avanço tecnológico, temos a utilização de material audiovisual, como: audiobook, podcasts, vídeos de curta, média e longa duração, entre outros.

Os avanços da pesquisa e do desenvolvimento de materiais educativos nas últimas décadas crescem pela disseminação das tecnologias de informação e de comunicação e pela integração de uma diversidade de abordagens nos estudos e aplicações na área da educação (GIOVANELLA, 2011).

As tecnologias da informação auxiliam a construção do aprendizado, permitindo uma abordagem ao aprender e relembrar assuntos que podem ser necessários no dia a dia de profissionais que procuram se atualizar com as informações de sua profissão (VENDRUSCOLO, 2010).

As tecnologias de informação são ferramentas facilitadoras no processo ensino- aprendizagem, podendo ser aplicadas através de vídeos educativos, de acordo com a temática escolhida, contribuindo para a atuação do profissional enfermeiro em suas ações educativas junto à comunidade (SCORUPSKI, 2020).

Busque a forma que seja mais criativa, ilustrativa e dinâmica para que consiga atingir o seu objetivo.

A partir do reconhecimento das necessidades em saúde da pessoa idosa em sua unidade de abrangência e a partir da necessidade de Educação Permanente em Saúde dos profissionais, você poderá elaborar materiais educativos. Mas lembre-se, consulte sempre a gestão local e a sua equipe para tal.



Você sabia?

A educação em saúde deve valorizar o conhecimento dos cidadãos, assim como seus saberes populares, e privilegiar a horizontalidade relacional entre os profissionais de saúde e a comunidade com seus movimentos sociais locais. É um processo político e pedagógico que transforma e liberta o indivíduo e a coletividade (FREIRE, 2002).



> A integralidade do cuidado à pessoa idosa

As mudanças na expectativa de vida do brasileiro têm causado aumento da população idosa. É através do amparo no Estatuto do Idoso que essa população tem garantido o direito à promoção do envelhecimento ativo e saudável e à atenção integral à saúde.



Você sabia que: Promover ações de saúde à pessoa idosa é garantir a integralidade do cuidado?

Isso é possível porque as ações de saúde à pessoa idosa acontecem em sintonia com o contexto singular de cada relação, através de atividades de educação em saúde, acolhimento ao sujeito, trabalho em equipe com olhar interprofissional, prevenção de agravos e manutenção da saúde (COUTINHO, 2013).



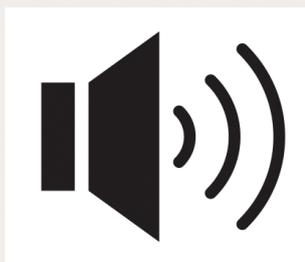
As ações voltadas aos idosos também favorecem a compreensão das mudanças decorrentes do envelhecimento, como: doenças crônicas degenerativas, limitações físicas e a perda da autonomia para a realização de atividades de vida diária (MORAES, 2018).



Saiba mais acessando os ícones.

- ✓ Realizar acolhimento com escuta qualificada e valorizar a fala do idoso e sua trajetória de vida.
- ✓ Falar de forma clara e pausada.
- ✓ Agendar consultas com equipe interdisciplinar, conforme a necessidade.
- ✓ Atentar para a utilização da linguagem escrita e/ou visual, de acordo com as necessidades do idoso.

- ✓ Ligar antes das consultas para realizar a sua confirmação.
- ✓ A educação em saúde pode ser utilizada como uma ferramenta possível de intervenção para promover o autocuidado da pessoa idosa.



Ao clicar no ícone a seguir, você encontrará uma entrevista com Enfermeira Especialista em Transição do Cuidado para enriquecer seu conhecimento.

Referências

BARBIANI, Rosângela, Nora, Carlise Rigon Dalla e Schaefer, Nursing practices in the primary health care context: a scoping review 1 Supported by Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brazil. . Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]. 2016, v. 24 [Acessado 27 Julho 2021] , e2721. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Epub 29 Ago 2016. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 03 [Acessado 27 Julho 2021] , pp. 847-852. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

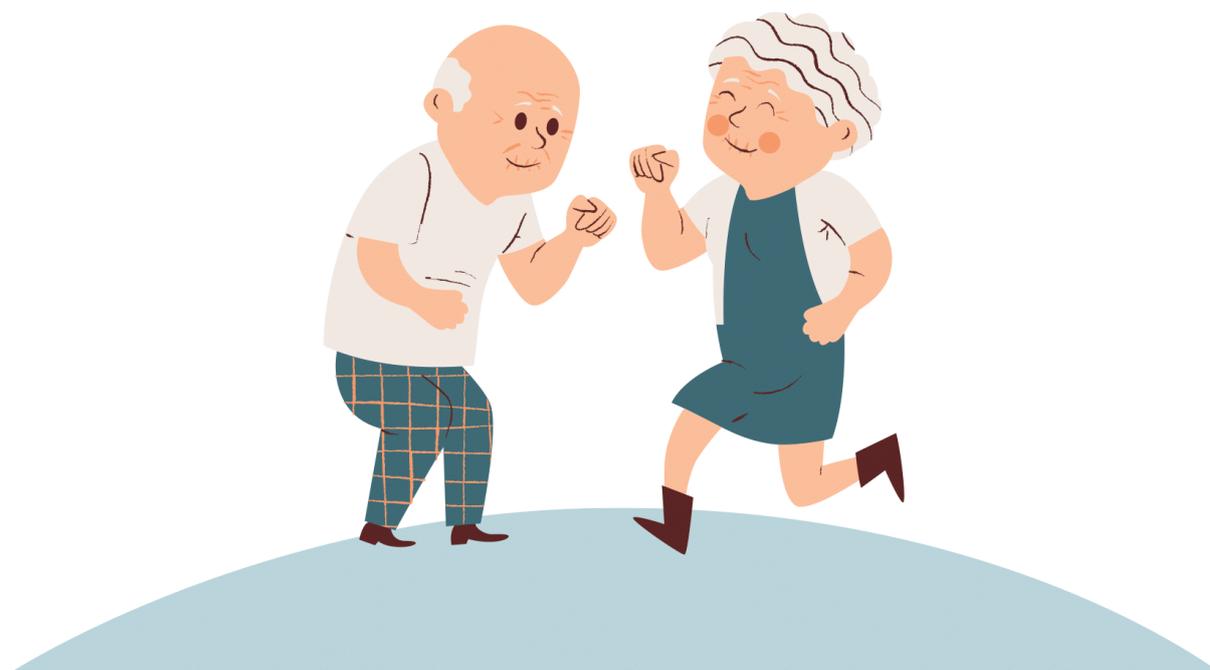
PALHA PF. *Por um sistema de saúde integrador*. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2015 [acesso 24 Jul 2021];23(2):181-2.

OLIVEIRA DS, SPDE Souza, CJRR Nunes, *A novidade mora ao lado: a literatura de cordel como material educativo para trabalhadores da Atenção Primária de Saúde de Ceilândia-DF*. Atenção Primária Forte. v. 2 n. 9 (2021): <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.124>.

SCORUPSKI, Rafaeli Musial et al. Vídeos Educativos em Aleitamento Materno: Educação em Saúde Online. Extensão em Foco, [S.l.], n. 21, ago. 2020. ISSN 2358-7180. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/extensao/article/view/69716>>. Acesso em: 26 jul. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ef.v0i21.69716>.

VENDRUSCOLO C, Geremia DS, Adamy EK, Vandresen L, Ferraz L. *Utilização das tecnologias de informação e comunicação pelos núcleos ampliados de saúde da família*. Rev. Enferm. UFSM. 2019 [Acesso em: Anos Mês Dia];vol.9 e: 1-20. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769239634>

VERAS, R. P. et al. *A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015.



ANEXO 1 – PLANILHA COMPLETA DA COLETA DE DADOS

Matriz

| 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES | | | | | | | Data da Coleta de Dados | Raça/etnia | Crença |
|--------------------------------------|-------|------|------------------|------------|-------------|-------------------------|-------------------------|-------------|--------|
| Código | Idade | G-ID | Estado civil | Raça/etnia | Crença | Data da Coleta de Dados | Raça/etnia | Crença | |
| P1 | 40,7 | 3 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | 02/04/21 | BRANCA | CATOLICA | |
| P2 | 48,5 | 3 | CASADO | BRANCA | PROTESTANTE | | BRANCA | PROTESTANTE | |
| P3 | 52,9 | 4 | DIVORCIADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P4 | 52,5 | 4 | VIUVO | PARDA | CATOLICA | | PARDA | CATOLICA | |
| P5 | 39,6 | 2 | SOLTEIRO | BRANCA | PROTESTANTE | | BRANCA | PROTESTANTE | |
| P6 | 39,2 | 2 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P7 | 49,4 | 3 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P8 | 33,0 | 2 | SOLTEIRO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P9 | 38,2 | 2 | SOLTEIRO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P10 | 50,9 | 4 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P11 | 33,9 | 2 | COMPANHEIRO FIXO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P12 | 29,6 | 1 | SOLTEIRO | BRANCA | NÃO POSSUI | | BRANCA | NÃO POSSUI | |
| P13 | 43,1 | 3 | CASADO | BRANCA | PROTESTANTE | | BRANCA | PROTESTANTE | |
| P14 | 55,6 | 4 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P15 | 40,8 | 3 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |
| P16 | 33,9 | 2 | CASADO | BRANCA | CATOLICA | | BRANCA | CATOLICA | |

Matriz

| US Lotação | DS | Gênero | Data Diploma | Tempo de Formação | Data Admissão |
|------------|----|--------|--------------|-------------------|---------------|
| ATUBA | 2 | F | 01/08/02 | 18,7 | 05/07/04 |
| ATUBA | 2 | F | 18/01/04 | 17,2 | 01/04/04 |
| ATUBA | 2 | F | 15/02/10 | 11,1 | 01/07/99 |
| AL NADOLNY | 2 | F | 20/12/00 | 20,3 | 01/06/98 |
| AL NADOLNY | 2 | M | 01/07/07 | 13,8 | 02/06/08 |
| SEDE | 3 | F | 01/12/04 | 16,3 | 01/03/13 |
| SEDE | 3 | F | 28/01/98 | 23,2 | 01/06/98 |
| SEDE | 3 | F | 18/01/11 | 10,2 | 05/10/11 |
| FATIMA | 2 | F | 02/01/14 | 7,3 | 01/10/16 |
| FATIMA | 2 | F | 28/01/98 | 23,2 | 01/05/00 |
| FATIMA | 2 | F | 25/07/12 | 8,7 | 01/11/12 |
| GUARAITUBA | 1 | F | 15/01/13 | 8,2 | 01/07/18 |
| GUARAITUBA | 1 | F | 10/02/11 | 10,1 | 02/05/17 |
| GUARAITUBA | 1 | F | 25/01/00 | 21,2 | 03/05/05 |
| AL NADOLNY | 2 | F | 20/12/06 | 14,3 | 01/07/07 |
| SEDE | 3 | F | 20/01/10 | 11,2 | 01/03/13 |

Matriz

| Tempo de Atuação | Experiência com Idosos APS? | Recebeu capacitação? | 2 CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO |
|-------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 16,8 | 1 | 2 | Tempo de marcação de consulta |
| 17,0 | 1 | 1 | IMEDIATO |
| 21,8 | 1 | 1 | SEMANAS |
| 22,9 | 2 | 2 | DIAS |
| 12,8 | 1 | 1 | SEMANAS |
| 8,1 | 1 | 2 | SEMANAS |
| 22,9 | 1 | 1 | 1 SEMANA |
| 9,5 | 2 | 1 | DIAS |
| 4,5 | 2 | 1 | DIAS |
| 20,9 | 1 | 2 | SEMANAS |
| 8,4 | 1 | 1 | SEMANAS |
| 2,8 | 1 | 1 | SEMANAS |
| 3,9 | 1 | 1 | SEMANAS |
| 15,9 | 1 | 1 | DIAS |
| 13,8 | 1 | 1 | DIAS |
| 8,1 | 1 | 1 | DIAS |
| | | | SEMANAS |

Matriz

| CUIDADO À SAÚDE REALIZADA AO IDOSO | | Atendimentos mais realizados ao idoso | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---------------------------------------|--------|----------|----------------------|------------|---|--|
| Idoso possui prioridade? | ITEM 3 – REVISAR | Consulta | Vacina | Curativo | Entrega de medicação | Orientação | | |
| 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | | 1 | | |
| 2 | 1 | 1 | | | | | | |
| 2 | 1 | 1 | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | |
| 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | | |
| 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | |
| 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | |
| 1 | 1 | 1 | | | | | 1 | |
| 2 | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | |

