

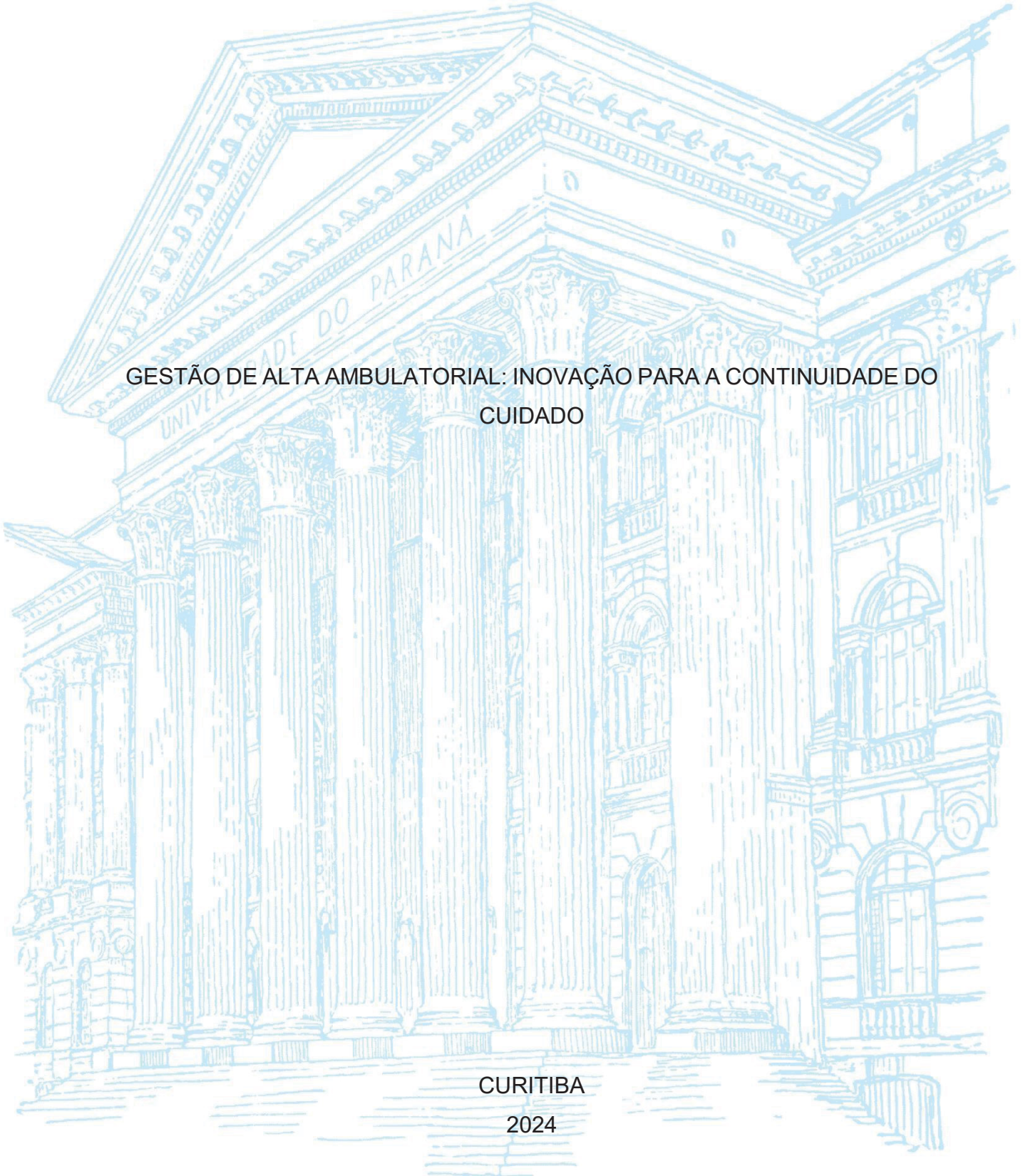
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DANIELE CRISTINA DOS REIS BOBROWEC

GESTÃO DE ALTA AMBULATORIAL: INOVAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO  
CUIDADO

CURITIBA

2024



DANIELE CRISTINA DOS REIS BOBROWEC

GESTÃO DE ALTA AMBULATORIAL: INOVAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO  
CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, para obtenção de título de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS).

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Bernardino  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gisele Knop Aued

CURITIBA

2024

Bobrowec, Daniele Cristina dos Reis

Gestão de alta ambulatorial [recurso eletrônico]: inovação para a continuidade do cuidado / Daniele Cristina dos Reis Bobrowec – Curitiba, 2024.  
1 recurso online : PDF

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2024.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino  
Coorientador: Profa. Dra. Gisele Knop Aued

1. Assistência ambulatorial. 2. Alta do paciente. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Modelos de assistência à saúde. 5. Papel do profissional de enfermagem  
I. Bernardino, Elizabeth. II. Aued, Gisele Knop. III. Universidade Federal do Paraná.  
IV. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **DANIELE CRISTINA DOS REIS BOBROWEC** intitulada: **GESTÃO DE ALTA AMBULATORIAL: INOVAÇÃO PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO**, sob orientação da Profa. Dra. ELIZABETH BERNARDINO, 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, 26 de Junho de 2024.

Assinatura Eletrônica

23/07/2024 10:17:05.0

ELIZABETH BERNARDINO

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

17/07/2024 13:17:13.0

DAIANA KLOH KHALAF

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

16/07/2024 15:29:58.0

JAQUELINE DIAS DO NASCIMENTO SELLETI

Avaliador Externo (HOSPITAL DE CLÍNICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil  
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@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: 381571

**Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>  
e Insira o código 381571**

*Dedico este trabalho ao meu marido,  
Paulo José Bobrowec, por sempre  
incentivar minha busca pelo  
conhecimento.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida.

À **Professora Doutora Elizabeth Bernardino**, por todas as oportunidades oferecidas no âmbito acadêmico e profissional e aos ensinamentos compartilhados durante nosso período de convivência.

À **Professora Doutora Gisele Knop Aued**, por aceitar ser minha coorientadora e por suas valiosas contribuições, as quais enriqueceram este estudo.

À **Professora Doutora Daiana Klok Khalaf** e à **Professora Maria Manuela Ferreira da Silva Martins**, pelas sugestões na banca de qualificação, que foram essenciais e aprimoraram este estudo.

À **Professora Doutora Daiana Klok Khalaf** e à **Doutora Jaqueline Dias do Nascimento Selleti**, por aceitarem participar da banca de defesa e pelas valiosas contribuições.

À **Universidade Federal do Paraná** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pela excelência do ensino e da pesquisa de qualidade. A todos os **docentes**, pelos ensinamentos.

Ao **Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS)**, pelos momentos de aprendizagem e reflexão.

Aos **profissionais do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná** por participarem deste estudo e contribuírem com seu conhecimento e suas experiências.

Aos meus pais, **Lúcia Carmen Corteze dos Reis** e **Sebastião dos Reis**, pela sólida educação e os ensinamentos no caminho do bem e da responsabilidade. Chegar até aqui é mérito dos esforços de vocês.

Ao meu marido, **Paulo José Bobrowec**, por ser meu porto seguro nos momentos mais difíceis e minha serenidade nos momentos mais insanos. Obrigada por todo o seu amor, paciência e cumplicidade.

*"Tudo o que pensamos que sabemos sobre o mundo é um modelo. Nossos modelos têm forte congruência com o mundo, mas estão longe de representar por completo o mundo real."*

**Donella H. Meadows**



## RESUMO

O aumento das condições crônicas de saúde desafia os sistemas de saúde, especialmente na gestão de pessoas em atendimento ambulatorial de média e alta complexidade. A contrarreferência eficaz para a Atenção Primária à Saúde é crucial para garantir a continuidade do cuidado. Melhorar a integração dos serviços da Rede de Atenção à Saúde e estabelecer estratégias de contrarreferência são fundamentais para promover essa continuidade. Um sistema de rede hierarquizado bem-sucedido requer a colaboração dos profissionais de saúde em todos os níveis. O objetivo deste estudo foi propor um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial, com foco na continuidade do cuidado e o enfermeiro como coordenador do processo. A metodologia utilizada foi uma pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, dividida em três fases: exploratória, planejamento e ação, e encontro dos fatos. A coleta de dados incluiu observação participante, pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e oficinas. Participaram 28 profissionais, entre médicos, enfermeiros e gestores públicos. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo proposta por Creswell. A análise de conteúdo resultou em 8 categorias e 22 subcategorias, que sustentaram a criação do Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial. Este modelo enfatiza a comunicação eficaz entre os níveis da RAS e as pessoas, designa o enfermeiro como coordenador do processo de alta, promove o protagonismo da pessoa no autocuidado e incentiva práticas colaborativas entre os níveis da RAS. O estudo cumpriu seu objetivo de propor um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial, destacando a continuidade do cuidado e o papel central do enfermeiro. Reforça a importância do enfermeiro como articulador na RAS, facilitando a continuidade do cuidado e promovendo um relacionamento sólido entre profissionais de saúde e pessoas assistidas. O estudo também sublinha a necessidade de melhorar a comunicação, o suporte tecnológico e implementar práticas colaborativas na RAS, além de reafirmar a importância da APS como coordenadora do cuidado.

Palavras-chave: assistência ambulatorial; alta do paciente; continuidade da assistência ao paciente; modelos de assistência à saúde; papel do profissional de enfermagem.

## **ABSTRACT**

The rise in chronic health conditions poses significant challenges for healthcare systems, particularly in managing patients in medium and high-complexity outpatient care. Effective referral back to Primary Health Care (PHC) is crucial to ensure continuity of care. Improving the integration of services within the Health Care Network (HCN) and establishing effective referral strategies are essential for promoting this continuity. A successful hierarchical network system requires collaboration among healthcare professionals at all levels. The aim of this study was to propose a care model for outpatient discharge management, focusing on continuity of care with the nurse as the coordinator of this process. The methodology used was action research with a qualitative approach, divided into three phases: exploratory, planning and action, and fact-finding. Data collection included participant observation, document analysis, semi-structured interviews, and workshops. The study involved 28 professionals, including doctors, nurses, and public managers. Data analysis was conducted using Creswell's content analysis methodology. The content analysis identified 8 categories and 22 subcategories, which supported the creation of the Outpatient Discharge Management Model. This model emphasizes effective communication between HCN levels and patients, designates the nurse as the coordinator of the discharge process, promotes patient empowerment in self-care, and encourages collaborative practices among HCN levels. The study successfully proposed a care model for outpatient discharge management, highlighting the continuity of care and the central role of the nurse. It reinforces the importance of the nurse as a key facilitator in the HCN, promoting seamless care continuity and fostering strong relationships between healthcare professionals and patients. The study also underscores the need to enhance communication, technological support, and implement collaborative practices within the HCN, while reaffirming the critical role of PHC as the coordinator of care.

Key words: ambulatory care; patient discharge; continuity of patient care; healthcare models; nurse's role.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Diferenças entre condições de saúde agudas e crônicas .....	30
QUADRO 2 – Quadro resumo: definições e tipos de continuidade do cuidado .....	43
QUADRO 3 – Número de participantes conforme cada fase do estudo .....	54
QUADRO 4 – Descrição dos documentos analisados na pesquisa documental .....	55
QUADRO 5 – Distribuição das oficinas realizadas conforme tema e objetivo .....	59
QUADRO 6 – Procedimentos adotados para coleta de dados conforme técnica .....	59
QUADRO 7 – Organização dos documentos para análise de dados .....	61
QUADRO 8 – Resumo da trajetória metodológica da pesquisa .....	63
QUADRO 9 – Caracterização dos participantes da pesquisa .....	66
QUADRO 10 – Categorias e subcategorias relacionadas ao Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial .....	67
QUADRO 11 – Síntese dos achados na categoria Comunicação interpessoal e interprofissional e suas subcategorias .....	68
QUADRO 12 – Síntese dos achados na categoria Fragilidades de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial e suas subcategorias .....	72
QUADRO 13 – Síntese dos achados na categoria Critérios para a alta ambulatorial e suas subcategorias .....	75
QUADRO 14 – Síntese dos achados na categoria Dificuldades para a contrarreferência da pessoa do ambulatório para a APS e suas subcategorias .....	78
QUADRO 15 – Síntese dos achados na categoria Recursos para uma adequada contrarreferência e suas subcategorias .....	84
QUADRO 16 – Síntese dos achados na categoria Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial e suas subcategorias .....	93
QUADRO 17 – Síntese dos achados na categoria Práticas colaborativas e suas subcategorias .....	96
QUADRO 18 – Síntese dos achados na categoria Corresponsabilização da pessoa e/ou familiar para o autocuidado .....	100
QUADRO 19 - Síntese dos resultados da pesquisa relacionados aos objetivos propostos .....	111

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Modelo CHC de gestão de altas .....	48
FIGURA 2 – Esquema representativo das fases da pesquisa-ação .....	50
FIGURA 3 – Fluxo do processo da gestão de alta ambulatorial .....	103
FIGURA 4 – Fluxo do subprocesso realizar orientações e entrega de documentos .....	105
FIGURA 5 – Fluxo do subprocesso consulta de enfermagem para alta ambulatorial .....	107
FIGURA 6 – Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial .....	109

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AAFP – *American Academy of Family Physicians*

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente vascular cerebral

BPMN – *Business Process Model and Notation*

CAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCAENA – Questionário de Continuidade Assistencial entre Níveis de Atenção

CCM – *Chronic Care Model*

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHC-UFPR – Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

COC – Índice de Continuidade do Cuidado

COVID-19 – Doença do Coronavírus 2019

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

DCV – Doenças cardiovasculares

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EHE – Enfermeiras hospitalares de enlace

GAS – Gerência de Atenção à Saúde

GLPI – *Gestionnaire Libre de Parc Informatique*

GPPGPS – Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde

HC – Hospital de Clínicas

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HUF – Hospital Universitário Federal

HVA – Hospital Vitor do Amaral

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados

MS – Ministério da Saúde

NCQ – Questionário de Continuidade de Nijmegen

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDE – Plano Diretor Estratégico

PDR – Plano Diretor de Regionalização  
POP – Procedimento Operacional Padrão  
PROFISS – Profissional  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RISS – Redes Integradas de Serviços de Saúde  
SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar  
SAM – Serviço Ambulatorial Médico  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SECON – Índice de Continuidade Sequencial do Cuidado  
SESA – Secretaria de Estado de Saúde  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
STCOR – Setor de Contratualização e Regulação  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UAMB – Unidade de Ambulatório  
UBS – Unidade básica de saúde  
UFPR – Universidade Federal do Paraná  
UPA – Unidade de pronto atendimento  
UPC – Índice de Cuidado do Provedor Habitual  
UPME – Unidade de Processamento de Materiais Esterilizados  
UR – Unidade Referenciada  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva  
WHO – *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	27
1.1.1 Objetivos específicos.....	28
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>29</b>
2.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE E O DESAFIO DOS SISTEMAS DE SAÚDE .....	29
2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O PROCESSO REGULATÓRIO COM ÊNFASE NA CONTRARREFERÊNCIA .....	34
2.3 A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO .....	40
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	<b>49</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	49
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	51
3.3 PARTICIPANTES .....	53
3.4 COLETA DE DADOS.....	54
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	60
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>65</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	65
4.2 QUADRO RESUMO DAS CATEGORIAS E SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS .....	67
4.3 PRODUTOS DAS OFICINAS .....	101
4.4 ENCONTRO DOS FATOS .....	109
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>112</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>121</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>123</b>
<b>APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>138</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>139</b>
<b>APÊNDICE 3 – COMPILADO DAS APRESENTAÇÕES DE CONDUÇÃO DAS OFICINAS</b> .....	<b>143</b>
<b>APÊNDICE 4 – FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS</b> .....	<b>155</b>

<b>APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>160</b>



## APRESENTAÇÃO

Durante a minha formação acadêmica e trajetória profissional, atuei em diversas áreas assistenciais, realizando o cuidado direto à pessoa hospitalizada e a coordenação da equipe de enfermagem<sup>1</sup>. Além disso, surgiram oportunidades profissionais de atuação na gestão em saúde que me trouxeram o conhecimento de forma mais profunda nessa área.

Meu envolvimento com atividades gerenciais iniciou em 2011, quando fui convidada a liderar o Grupo Interno da Qualidade da Unidade Cirúrgica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR). Tal unidade era formada pelos serviços de cirurgia geral, cirurgia do aparelho digestivo, ortopedia, urologia, transplante hepático, cirurgia plástica e cirurgia pediátrica. Como líder do referido grupo desenvolvia atividades relacionadas à segurança do paciente e qualidade assistencial, como: investigação de não conformidades notificadas relacionadas aos serviços da unidade, elaboração de documentos e fluxos, orientações em serviço, dentre outras. Além disso, atuava como enfermeira assistencial no serviço de internação da ortopedia do CHC-UFPR. A partir da participação e experiência adquirida nesse grupo colaborei em comissões, grupos de trabalho e outras atividades, muitas delas direcionadas à qualidade em serviços de saúde e segurança do paciente.

Em 2017, ao ocupar o cargo de gestão, como chefe de unidade assistencial, denominada Unidade Cardio-Pneumo<sup>2</sup> do CHC-UFPR, passei a compreender melhor a complexidade de uma instituição hospitalar e do sistema de saúde. Dentre tantas situações experienciadas, uma preocupação sempre esteve presente: o grande

---

<sup>1</sup>Entende-se por equipe de enfermagem a equipe composta por duas ou três categorias da enfermagem, sendo elas enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem na qual cada uma apresenta competências e características distintas, conforme determina a LEI nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências (Brasil, 1986).

<sup>2</sup> A Unidade Cardio-Pneumo era composta pelos serviços de hemodinâmica, métodos cardiológicos, laboratório de função pulmonar, enfermaria da cardiologia e unidade de terapia intensiva (UTI) cardiológica; compreendia as especialidades médicas de alergologia e imunologia adulto, pneumologia, cardiologia, cirurgia cardíaca, torácica, vascular e endovascular, eletrofisiologia, cardiologia intervencionista, neurologia intervencionista, angioradiologia, ecocardiografia e doppler vascular.

número de pessoas com condições crônicas em acompanhamento ambulatorial na instituição.

Em 2020, com a pandemia da Covid-19, as instituições de saúde foram postas à prova. No CHC-UFPR, não foi diferente; muitas ações foram realizadas para o enfrentamento da pandemia. À medida que as pessoas acometidas pela Covid-19 recebiam alta hospitalar do CHC-UFPR, percebeu-se a necessidade de implementar medidas para a manutenção do seu acompanhamento em regime ambulatorial por longos períodos. Diante disso, foi planejada a implantação de um serviço ambulatorial específico para essa clientela, com necessidades de atenção por várias especialidades médicas e acompanhamento pela equipe multiprofissional. Em dezembro de 2021, foi inaugurado um Centro Avançado de Atenção Multiprofissional Pós-Covid-19 do CHC-UFPR.

Em julho de 2021, eu fui transferida da Unidade Cardio-Pneumo e passei a desempenhar a função de assessora na Gerência de Atenção à Saúde (GAS) do CHC-UFPR, uma experiência única que me proporcionou uma visão privilegiada dos desafios cotidianos enfrentados por um hospital público terciário<sup>3</sup>. A partir deste período colaborei na organização estrutural e na elaboração dos processos de trabalho do Centro Avançado de Atenção Multiprofissional pós-Covid-19.

Com a intensa participação no Centro Avançado de Atenção Multiprofissional pós-Covid-19 e percebendo a necessidade cada vez maior do acompanhamento ambulatorial das pessoas que tiveram Covid-19 surgiram as primeiras ideias para o desenvolvimento desta pesquisa. Entretanto, com o advento da vacina, a diminuição do número de casos graves da Covid-19, e, conseqüentemente, o retorno dos serviços suspensos, entendeu-se que o projeto não poderia limitar-se aos pacientes que tiveram Covid-19, mas deveria ser ampliado para as pessoas diagnosticadas com outras condições crônicas de saúde, as quais também demandam acompanhamento ambulatorial especializado de longo prazo e alguns até o fim da vida.

Neste contexto, refleti acerca de quais estratégias poderiam contribuir para a gestão da alta ambulatorial a fim de atender as pessoas com condições crônicas que necessitam do acompanhamento sem sobrecarregar a atenção terciária e favorecer a continuidade do cuidado às pessoas. A partir dessas reflexões, inferi que práticas de

---

<sup>3</sup> Nível terciário é o nível mais alto da RAS e atua quando os recursos da Atenção Primária e Secundária não são suficientes para o atendimento das necessidades da pessoa.

colaboração em rede e fluxos bem estabelecidos entre os serviços são estratégias que podem contribuir para a contrarreferência de pessoas com condições crônicas, sobretudo da atenção ambulatorial especializada para a atenção primária.

Devido ao grau de complexidade dos casos encaminhados à atenção ambulatorial especializada, a contrarreferência necessita ser meticulosamente organizada entre os diferentes níveis de atenção, de forma que a pessoa possa realizar seu acompanhamento regular na Atenção Primária à Saúde (APS), mas quando necessário tenha retaguarda dos demais níveis de atenção de forma célere. Acredita-se que isso diminuiria a necessidade de atendimento ambulatorial contínuo na atenção especializada, ao mesmo tempo que possibilitaria o acesso de pessoas com condições crônicas que aguardam acompanhamento ambulatorial neste nível de atenção.

Com o propósito de melhorar a contrarreferência do ambulatório do CHC-UFPR para a APS, no primeiro semestre de 2023 ocorreu a implantação da gestão de alta ambulatorial para as pessoas com condições crônicas e, assim, contribuir para o equilíbrio na oferta de serviços ambulatoriais especializados, em tempo oportuno, para um número maior de pessoas. Destaca-se que a gestão de altas ambulatorial emergiu como uma necessidade da instituição e amplia as atividades desenvolvidas pelo serviço de gestão de altas do referido complexo. O modelo de gestão de altas<sup>4</sup> do CHC-UFPR, implantado em 2017 e com foco nas pessoas internadas, consiste em uma estratégia para assegurar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Diante das minhas inquietações desde quando era chefe da Unidade de Cardio-Pneumo sobre a quantidade expressiva de pessoas com condições crônicas em acompanhamento ambulatorial especializado no CHC-UFPR; após a experiência vivenciada no Centro Avançado de Atenção Multiprofissional pós-Covid- 19, a implantação da gestão de alta ambulatorial e, ainda, devido a necessidade de melhorar a contrarreferência dos ambulatórios especializados para a APS, surgiu o interesse em colaborar na estruturação de um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial para pessoas diagnosticadas com condições crônicas com ênfase

---

<sup>4</sup> Modelo implementado na instituição, onde uma equipe exclusiva de enfermeiros coordena o fluxo de informações entre o hospital e a APS no processo de alta hospitalar, para pacientes selecionados conforme critérios previamente estabelecidos como: multimorbidade, cuidados paliativos, suporte ventilatório, dispositivo de saúde, fragilidades sociais importantes e situações de desospitalização. O contato precoce com a equipe da APS possibilita o planejamento assistencial e contribui para a continuidade do cuidado (Bernardino, 2022a).

na atuação do enfermeiro como protagonista desse processo, o que originou esta pesquisa.

Atualmente, exerço a função de chefe na Unidade de Planejamento do CHC-UFPR, vinculada ao Setor de Governança e Estratégia da instituição. Nessa unidade, lidero a gestão da estratégia institucional e o monitoramento do desempenho das ações delineadas no plano diretor. Além disso, sou responsável pela governança dos processos de negócio, sua melhoria contínua e pela implementação e gerenciamento da inovação por meio de um portfólio de projetos institucionais.

Minha trajetória profissional tem sido marcada por aprendizados significativos, cada experiência contribuindo para o meu desenvolvimento profissional. Meu objetivo primordial é contribuir para a melhoria dos serviços prestados no CHC-UFPR, e, especificamente por meio desta pesquisa melhorar a contrarreferência da atenção ambulatorial para a APS, de forma a fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, por conseguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, busco fortalecer a Enfermagem como uma ciência e profissão essencial nos sistemas de saúde, capaz de ocupar diversos espaços tanto na assistência quanto na gestão.

Este estudo se insere no projeto de Pesquisa “Gestão do cuidado frente a pandemia da Covid-19: reestruturação de serviços e das práticas assistenciais” do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal do Paraná.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial, em virtude do aumento na expectativa da vida e redução das taxas de mortalidade por doenças infectocontagiosas<sup>5</sup>, contribuiu para o advento das condições crônicas de saúde, consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um grande desafio para os sistemas de saúde nos próximos anos (World Health Organization (WHO), 2018).

As condições crônicas de saúde estão relacionadas a doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares (DCV), câncer, asma, fibrose cística, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças infecciosas persistentes como HIV/aids, hepatites virais, tuberculose, Covid-19, distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas e estruturais contínuas, doenças metabólicas, dentre outras (Mendes, 2011).

Diferentemente das pessoas com condições agudas, que necessitam de monitoramento temporário e respostas ativas e episódicas para seu tratamento, as pessoas com condições crônicas possuem elevado potencial de agudização e necessitam de uma rede de atenção apropriada para assegurar o atendimento conforme suas necessidades, capaz de oferecer respostas proativas, contínuas e integradas em rede (Mendes, 2018; Guerra *et al.*, 2022).

Pessoas em condições crônicas de saúde possuem doenças de curso prolongado, em muitos casos com múltiplas comorbidades, que interagem frequentemente com os sistemas de saúde e possuem necessidades de atendimento por diferentes profissionais. A assistência a essas pessoas requer foco no atendimento integral e contínuo, com ênfase no vínculo entre o profissional e a pessoa assistida, e no incentivo ao autocuidado (Guerra *et al.*, 2022).

No Brasil, com a criação do SUS, em 1988, inicia-se uma nova trajetória da atenção à saúde no país. Muitos avanços foram conquistados, como a ampliação da oferta de serviços e melhoria no acesso, bem como o incremento de profissionais na atenção básica e nos demais níveis de atenção. Contudo, após 30 anos de sua criação, o SUS ainda é marcado por uma rede desarticulada, assimétrica e incompleta de serviços de saúde. O acesso desigual perpetua o ciclo de descontinuidade do

---

<sup>5</sup> Doenças infectocontagiosas são patologias de fácil e rápida transmissão, causadas por agentes patogênicos como o vírus, bactérias ou parasitas, as quais podem ser transmitidas pelo contato direto ou indireto com pessoas infectadas (Moura, 2016).

cuidado, limitação de acesso, agravamento de casos clínicos e superlotação dos pontos de atenção principalmente no nível terciário (Brasil, 1988; Belga; Jorge; Silva, 2022).

Neste cenário, a existência de um sistema coeso e articulado entre os pontos da RAS é fundamental, o que inclui grandes desafios para os sistemas universais de saúde, como a oferta de cuidados contínuos em tempo oportuno, em uma rede assistencial com integração suficiente entre os serviços que a compõem (Almeida *et al.*, 2018; Guerra *et al.*, 2022). Num esforço contínuo para o enfrentamento desse desafio, sistemas de saúde outrora moldados para a atenção a condições agudas buscam remodelar-se em RAS, num processo lento de transição devido às dificuldades inerentes aos processos de mudança (Mendes, 2018).

As RAS são organizações de conjuntos de serviços de saúde que possuem o compromisso de ofertar atenção em saúde contínua e integral a uma dada população (Brasil, 2015). No Brasil, a RAS objetiva realizar a conexão entre os níveis de assistência à saúde para estabelecer a continuidade do cuidado preconizada pela Lei Orgânica da Saúde<sup>6</sup>. Seu funcionamento efetivo deve oportunizar acesso à saúde de qualidade respeitando os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (Bernardino *et al.*, 2021; Pereira, Sousa; Duarte, 2020).

Continuidade do cuidado é compreendida como a prestação de cuidados organizados de forma contínua ao longo do tempo e em diferentes níveis e áreas de especialização, alinhados com as exigências de saúde e situações individuais da pessoa (Meiqari *et al.*, 2019).

A coordenação do cuidado é essencial para a continuidade do cuidado, destaca-se que há uma associação positiva entre os níveis de coordenação do cuidado e qualidade da assistência oferecidos nos serviços de saúde, ou seja, quanto maior a coordenação, melhor a qualidade da assistência. A coordenação utiliza de diversos mecanismos e instrumentos para o planejamento da assistência, como troca de informações, estabelecimento de fluxos, sistemas de referência e contrarreferência e monitoramento dos pacientes (Santos *et al.*, 2022).

O sistema de referência e contrarreferência é a ferramenta organizacional que possibilita os serviços de saúde atuarem em rede. Esses processos permitem à

---

<sup>6</sup> Denominação dada à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o território nacional (Brasil, 1990).

pessoa percorrer os diferentes níveis da RAS de acordo com suas necessidades clínicas. A referência ocorre quando uma pessoa é encaminhada para um nível de atendimento mais complexo, geralmente quando a APS não é capaz de solucionar seu problema de saúde. Por outro lado, a contrarreferência representa o fluxo inverso, no qual, após receber a atenção necessária nos níveis mais especializados, a pessoa é direcionada de volta ao seu ponto de origem para a continuidade dos cuidados (Juliani; Ciampone, 1999; Caixeta *et al.*, 2023).

Destaca-se que a contrarreferência promove condições para que a pessoa seja responsável pelo seu cuidado, tendo a RAS como apoio e fornece as informações necessárias para que esta rede possa dar continuidade ao tratamento prestado, deixando de lado o modelo hospitalocêntrico que sobrecarrega o sistema (Oliveira; Silva; Souza, 2021a; Pereira; Sousa; Duarte, 2020). É importante esclarecer que a contrarreferência, por si mesma, nada mais é do que um processo regulatório estritamente operacional, uma ferramenta administrativa. Contudo, acredita-se que quando alinhada a uma estratégia que objetiva promover a continuidade do cuidado, poderá fornecer benefícios ímpares a todos os envolvidos.

O CHC-UFPR é um dos serviços de saúde que integram a RAS no município de Curitiba e no estado do Paraná, oferece mensalmente ao gestor SUS mais de 4.700 consultas iniciais (Complexo do Hospital de Clínicas (CHC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), 2020, 2024). Atualmente, possui 612 ambulatórios ativos, contemplando várias especialidades médicas clínicas e cirúrgicas, e de atenção multiprofissional (CHC-UFPR, 2022b). A referência para o ambulatório especializado do CHC-UFPR é coordenada pelo complexo regulador<sup>7</sup>, o que proporciona melhor direcionamento e maior aproveitamento das vagas ofertadas; entretanto, torna-se mais difícil a alta ambulatorial, ou seja, a contrarreferência das pessoas atendidas para a APS a curto prazo, pois cada nova pessoa vinculada ao serviço demandará da atenção especializada maior número de retornos para seu acompanhamento. Com tantas pessoas vinculadas, a necessidade por consultas de retorno aumenta, o que causa impacto direto na vinculação de novas pessoas.

---

<sup>7</sup> Os complexos reguladores são sistemas que coordenam e integram diversos serviços de saúde, incluindo atendimento de urgência, consultas especializadas e apoio diagnóstico e terapêutico. Eles operam com base em protocolos de cuidados de saúde para garantir uma abordagem eficiente e integrada (Brasil, 2008; Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2023).

Destaca-se que a oferta de consultas de retorno no ambulatório especializado é limitada; desta maneira, quando o tempo de retorno entre consultas se prolonga, medidas de contingência são necessárias. Assim, duas estratégias são possíveis: a contrarreferência de pessoas para a APS e/ou a redução de consultas novas para a especialidade, impactando diretamente as filas de espera de pessoas que necessitam de atendimento especializado ambulatorial e muitas vezes procuram atendimento em outros pontos da RAS.

As dificuldades enfrentadas para a contrarreferência da atenção ambulatorial especializada para a APS apresentam-se de forma multifacetada. Primeiramente, a gestão e organização dos serviços de assistência à saúde apresentam limitações significativas, incluindo a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados, carência de educação permanente para os profissionais e falta de responsabilização (Tesser; Poli Neto, 2017; Serra; Rodrigues, 2010).

A articulação entre os serviços da RAS é frequentemente ineficaz, agravada pelo desconhecimento dos trabalhadores sobre o funcionamento da RAS e pelo despreparo para trabalhar em rede. A comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis é praticamente inexistente, resultando na retenção desnecessária de pacientes na atenção especializada. Os sistemas de informação deficientes impedem a fluidez e a eficiência na troca de informações. Em muitos serviços, a referência e contrarreferência ainda são realizadas de forma manual, no papel, o que contribui para a perda de dados e atrasos na comunicação (Tesser; Poli Neto, 2017; Brondani *et al.*, 2016; Serra; Rodrigues, 2010).

Além disso, há ausência de apoio técnico às equipes da APS, que, somada à falta ou baixa utilização de protocolos clínicos, resulta em um aumento dos encaminhamentos para níveis de maior complexidade e uma contrarreferência incipiente. Somado a isso, a APS, por vezes, é erroneamente vista apenas como um serviço de prevenção, educação e vigilância, com uma atuação clínica limitada, o que desvaloriza seu papel crucial na continuidade do cuidado (Tesser; Poli Neto, 2017; Brondani *et al.*, 2016; Serra; Rodrigues, 2010).

Diante da complexidade dos casos tratados nos ambulatórios da atenção especializada, a eficaz contrarreferência para a APS torna-se crucial para garantir a continuidade do cuidado. No entanto, tanto profissionais de saúde quanto pessoas e suas famílias frequentemente enfrentam desafios significativos nesse processo.



Profissionais de saúde podem se deparar com obstáculos burocráticos, falta de comunicação efetiva entre os diferentes níveis de atenção, sobrecarga de trabalho e dúvidas quanto à efetividade da continuidade do cuidado na APS. Por outro lado, as pessoas assistidas e suas famílias muitas vezes não são devidamente incluídas no planejamento dos cuidados, não recebem informações claras sobre o encaminhamento e sentem-se abandonados à própria sorte ao receberem alta ambulatorial. Além disso, a falta de uma sistemática para a alta adequada pode resultar na perda de continuidade do tratamento. Portanto, é essencial investigar e compreender mais profundamente as barreiras enfrentadas por profissionais, pessoas e suas famílias no processo de contrarreferência. A implementação de mecanismos eficazes de comunicação entre os diferentes níveis de atenção, a inclusão ativa das pessoas e suas famílias no planejamento dos cuidados e o estabelecimento de uma sistemática clara para a alta podem ser estratégias-chave para garantir uma transição suave e eficiente entre os diferentes pontos de atenção à saúde (Caixeta *et al.*, 2023).

Com vistas a garantir a viabilidade assistencial, na atenção ambulatorial especializada<sup>8</sup>, é preciso melhorar a integração entre os serviços da RAS, estabelecer estratégias de contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção, com possibilidade de acesso facilitado ao nível terciário e assim promover a continuidade do cuidado a pessoas com condições crônicas. Nessa conjuntura, em que a estruturação de um sistema de rede hierarquizado exige que cada ponto execute as ações conforme sua especificidade, os ajustes necessários na RAS só terão sucesso mediante a prática colaborativa<sup>9</sup> dos profissionais envolvidos no processo.

No que se refere aos processos regulatórios da RAS, o enfermeiro é capacitado para ser o articulador e coordenador do cuidado, e desempenha papel de destaque para a continuidade dos cuidados entre os níveis da RAS (Sousa, 2019; Oliveira *et al.*, 2021b). Além disso, entre os profissionais que compõem a equipe de saúde, o enfermeiro se sobressai ao desempenhar atividades relacionadas à gestão (Lunardi Filho, 2019). A gerência dos serviços de saúde praticada pelo enfermeiro requer competências de planejamento, tomada de decisão, gestão de pessoal,

---

<sup>8</sup> Assistência ambulatorial relacionada a cuidados de média complexidade oferecidos em hospitais e ambulatórios, relacionados a especialidades médicas e multiprofissional (Brasil, Ministério da Saúde (MS), 2024a).

<sup>9</sup> A prática colaborativa na área da saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas trabalham de forma integrada entre si e com as pessoas, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade em qualquer nível da RAS (WHO, 2010).

conflitos e recursos (Erdmann; Santos; Lanzoni, 2015). A combinação de conhecimentos clínicos e administrativos dá ao enfermeiro subsídios ideais para liderar com qualidade sua equipe de trabalho e atuar em todos os níveis da atenção à saúde (Lunardi Filho, 2019; Almeida *et al.*, 2018). Para David *et al.* (2020) a enfermagem além de seu trabalho e profissão caracteriza-se por prática social vital para o acesso universal e atenção à saúde.

O modelo de gestão de altas do CHC-UFPR é um exemplo desta atuação. Consolidado como estratégia de contrarreferência para pessoas que necessitam de cuidados após a alta hospitalar, o serviço possibilita a continuidade dos cuidados e promove a segurança das pessoas e, ainda, o melhor aproveitamento dos leitos de internação, tornando-se evidência do protagonismo da enfermagem (Bernardino *et al.*, 2022a).

Considerando que:

- Os ambulatorios do CHC-UFPR possuem aproximadamente 1 milhão de pessoas em acompanhamento regular e a permanência destas pessoas na assistência terciária poderá comprometer o acesso ao nível terciário;
- A Gestão de Alta Ambulatorial foi implantada no CHC-UFPR para algumas especialidades médicas (reumatologia, pneumologia, neurologia, infectologia) e enfermagem (cateterismo vesical) e necessita de aprimoramento do processo para possibilitar sua ampliação para outras especialidades;
- O CHC-UFPR possui um Serviço de Gestão de Altas já consolidado, para contrarreferência de pessoas internadas, centrado no papel do enfermeiro, experiência que pode contribuir para a construção de um modelo de gestão de alta ambulatorial;
- O relacionamento da instituição com o gestor municipal no sentido de estabelecer parcerias para o aprimoramento da integração entre os serviços que compõem a RAS tem apresentado bons resultados;
- O fortalecimento da integração entre os serviços da RAS pode contribuir para a promoção da continuidade do cuidado;

O presente estudo tem os seguintes pressupostos:

- A contrarreferência sistematizada entre o ambulatório terciário e a APS pode auxiliar, pessoas e profissionais, a monitorar as condições crônicas evitando agudizações e atendimentos desnecessários;
- O ambulatório especializado assume seu protagonismo de implementar inovação e contribuir com a APS em ações de capacitação e elaboração de protocolos conjuntos a fim de facilitar o manejo de pessoas com condições de saúde complexas na APS;
- A adoção de práticas colaborativas entre os pontos da RAS permite a consolidação de ajustes necessários para o funcionamento da RAS;
- Enfermeiro, considerando a sua formação e competência para a coordenação do cuidado, tem capacidade para exercer a função de gestor de altas ambulatoriais;
- O modelo de gestão de alta ambulatorial pode ser estratégia inovadora para promover a continuidade do cuidado em sistemas de saúde.

Diante da necessidade de construir um modelo de gestão de altas ambulatorial para pessoas com condições crônicas em que o enfermeiro atuará como o coordenador do cuidado a fim de promover a continuidade do cuidado para as pessoas, emerge a questão norteadora desta pesquisa:

Como elaborar um modelo de gestão de alta ambulatorial tendo a continuidade do cuidado como fundamento e o enfermeiro como coordenador deste processo?

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Propor um modelo<sup>10</sup> assistencial para a gestão de alta ambulatorial, tendo a continuidade do cuidado como fundamento e o enfermeiro como coordenador deste processo.

---

<sup>10</sup> Para fins desta pesquisa entende-se modelo como: coisa que serve de imagem, forma ou padrão a ser imitado, ou como fonte de inspiração (Michaelis, 2024).

### 1.1.1 Objetivos específicos

- Identificar as principais dificuldades para a contrarreferência ambulatorial de pessoas com condições crônicas de saúde na perspectiva dos profissionais da assistência ambulatorial especializada;
- Identificar os instrumentos e suportes necessários para viabilizar a contrarreferência segura da atenção ambulatorial especializada para a APS com foco na continuidade do cuidado;
- Construir o fluxograma do processo de Gestão de Alta Ambulatorial com ênfase no papel do enfermeiro.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo compreende a exposição dos principais temas que dão suporte a esta pesquisa, sendo eles: 2.1 Condições crônicas de saúde e os desafios dos sistemas de saúde, 2.2 Redes de atenção à saúde e o processo regulatório com ênfase na contrarreferência e 2.3 Continuidade do cuidado e o papel do enfermeiro.

### 2.1 CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE E O DESAFIO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Durante muitos anos, a classificação das doenças baseava-se na etiopatogenia, dividindo-as em transmissíveis e não-transmissíveis. Contudo, nas últimas décadas, esta tipologia tornou-se insuficiente para a organização dos sistemas de saúde, abrindo espaço para uma nova abordagem baseada nas condições de saúde (Mendes, 2018).

O conceito de condições de saúde abrange circunstâncias que se manifestam no indivíduo, podendo ser classificadas como agudas ou crônicas. Essa classificação relaciona-se ao tempo de duração, forma de enfrentamento e estrutura do sistema de atenção à saúde (Freitas; Mendes, 2007; Mendes, 2018; Marques *et al.*, 2023).

As condições agudas apresentam curso curto, inferior a três meses e tendem a se autolimitar. Geralmente ocorrem por doenças transmissíveis, infecciosas de curta duração ou causas externas. Iniciam-se repentinamente, geralmente são de simples diagnóstico com boa resposta ao tratamento específico; um exemplo clássico para a condição aguda é a apendicite (Mendes, 2011).

O conceito de condições crônicas engloba características além do conceito de doenças, desta forma abrange além das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças transmissíveis de curso prolongado, condições específicas dos ciclos de vida, distúrbios mentais persistentes, deficiências físicas contínuas, dentre outras (Marques *et al.*, 2023).

As condições crônicas apresentam curso prolongado, em alguns casos de forma definitiva e permanente. Geralmente iniciam de forma silenciosa e evoluem lentamente; suas causas são variadas como hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores de risco ambientais e fisiológicos. Seus sintomas podem levar a mais

sintomas, acarretando um ciclo vicioso que culmina na perda da capacidade funcional, favorecem o aparecimento de outras doenças, necessitam de uma vasta estrutura de serviços, como por exemplo o diabetes (Freitas; Mendes, 2007; Guerra *et al.*, 2022).

É importante considerar que muitas das condições agudas podem evoluir para condições crônicas e que, condições crônicas de saúde podem apresentar episódios agudos e exacerbação da doença necessitando de atendimento de urgência (Mendes, 2011; Acosta *et al.*, 2020).

O QUADRO 1 apresenta o comparativo das diferenças entre as condições de saúde agudas e crônicas para facilitar a compreensão.

QUADRO 1 – Diferenças entre condições de saúde agudas e crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Repentino	Gradual
Causa	Simples de fácil diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doenças transmissíveis</li> <li>▪ Infecções de curta duração</li> <li>▪ Causas externas</li> </ul>	Múltiplas, variam com o tempo <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hereditariedade</li> <li>▪ Estilo de vida</li> <li>▪ Fatores de risco ambientais e fisiológicos</li> </ul>
Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendência a se autolimitar</li> <li>▪ Recuperação adequada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ciclo vicioso de sintomas</li> <li>▪ Favorecem outras doenças</li> <li>▪ Perda da capacidade funcional</li> </ul>
Duração	Curto	Indefinido, em alguns casos definitiva ou permanente
Diagnóstico	Simples, comumente acurados	Usualmente incertos
Evolução	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rápida</li> <li>▪ Pode evoluir para condição crônica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lenta</li> <li>▪ Pode apresentar episódios agudos/exacerbação da doença</li> </ul>
Resposta ao tratamento	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel do usuário	Seguir as prescrições	Corresponsabilização pela sua saúde
Papel do profissional	Definir diagnóstico e prescrever o tratamento	Educação em saúde, fortalecimento do vínculo com a pessoa, continuidade do cuidado
Forma de enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Episódica</li> <li>▪ Reativa</li> <li>▪ Foco na queixa principal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contínua</li> <li>▪ Proativa</li> <li>▪ Cuidados permanentes</li> </ul>
Estrutura do sistema	Fragmentado	Integrado
Exemplo	Apendicite	Diabetes

FONTE: Adaptado de Mendes (2011).

Nas últimas décadas, o perfil de adoecimento mundial passou por mudanças significativas, com prevalência das condições crônicas, especialmente as doenças crônicas não transmissíveis (Schossler *et al.*, 2019). De acordo com a OMS, as dez

principais causas de morte no mundo em 2019 foram: doença isquêmica do coração, acidente vascular cerebral (AVC), DPOC, infecções respiratórias inferiores, condições neonatais, doença de Alzheimer e outras demências, doenças diarreicas, diabetes mellitus e doenças renais. É possível verificar que, das dez principais causas listadas, oito se encaixam no conceito de condições crônicas de saúde. Ainda, segundo a OMS, quando analisadas juntas todas as doenças não transmissíveis, observa-se que estas são responsáveis por 74% das mortes a nível mundial (WHO, 2020).

Nas Américas, a doença isquêmica do coração tem sido a principal causa de morte. Todavia, uma preocupação emergente está na condição de aumento das taxas de óbitos devido a diabetes. Em 2019, no continente americano, para quatro mortes por doença isquêmica do coração, houve uma morte por diabetes. Outro fator de destaque no cenário das Américas é a doença de Alzheimer e outras demências, as quais, embora estejam aumentando no cenário mundial, nas Américas e na Europa, ocupam atualmente a terceira posição entre as causas de morte (WHO, 2020).

No Brasil, a transição demográfica trouxe consigo uma predominância de DCNT, como hipertensão, diabetes e cânceres. Em 2019, mais de 700 mil mortes foram atribuídas a DCNT, sendo 41,8% prematuras, entre 30 e 69 anos (WHO, 2020; Brasil, 2021; Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2022). Destaca-se que no estado do Paraná, o índice de óbitos por condições crônicas vem reduzindo desde 2019. Em 2020 e 2021, a primeira causa de mortes foi a Covid-19, porém não houve redução dos índices relacionados às demais condições de saúde, mantendo-se em 57% e 44,2% respectivamente (Paraná, Secretaria da Saúde (SESA), 2023).

Ainda que o envelhecimento não esteja diretamente relacionado à condição de adoecimento, com maior longevidade da população, percebe-se aumento da prevalência de condições crônicas, demandando acompanhamento constante, cuidados e medicação contínua. Além da idade, fatores de risco como tabagismo, alimentação não saudável e sedentarismo contribuem para essas condições (Estrela *et al.*, 2020; Francisco *et al.*, 2022; Wehrmeister; Wendt; Sardinha, 2022). Segundo a OMS (2020), a expectativa de vida da população mundial aumentou cerca de 6,6 anos de 2000 a 2019. No ano 2000, a média de vida da população era de 66,8 anos, em 2019 subiu para 73,4 anos. No Brasil, a expectativa de vida no ano 2000 era 71,47 anos, elevando-se em 2019 para 75,9 anos.

Ter uma condição crônica de saúde pode representar um desafio diário que impacta significativamente em todos os aspectos da vida de uma pessoa. Desde as atividades mais simples do dia a dia até as decisões mais importantes, a condição crônica pode estar sempre presente, influenciando as escolhas e as experiências. Para muitas pessoas, trata-se de uma condição permanente, onde o processo de cura é inexistente. Isso significa lidar com sintomas persistentes, tratamentos ininterruptos e mudanças no estilo de vida, além de enfrentar o comprometimento financeiro devido aos gastos elevados e contínuos com seu tratamento. Além disso, as preocupações com a saúde podem causar ansiedade, estresse e até depressão, afetando o bem-estar emocional e psicológico. O enfrentamento das limitações impostas pela condição crônica pode exigir uma adaptação constante e a busca por formas de manter uma boa qualidade de vida (Freitas; Mendes, 2007; Peiter *et al.*, 2021; Noronha; Castro; Gadelha, 2023).

As condições crônicas afetam pessoas de todas as classes sociais, gêneros, raças/cores e idades. No entanto, incidem de maneira mais intensa sobre grupos vulneráveis, caracterizados por baixo grau de instrução, situação de pobreza e pertencentes à raça negra (Estrela *et al.*, 2020; Simões *et al.*, 2021). Fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e estilo de vida desempenham um papel crucial como determinantes sociais no desenvolvimento e enfrentamento das condições crônicas de saúde (Marques *et al.*, 2023).

Embora as evidências científicas sustentem que a adoção de hábitos saudáveis possa reduzir a incidência de doenças crônicas e melhorar o prognóstico daqueles já afetados, a adesão ao tratamento e à adoção de um estilo de vida adequado enfrenta obstáculos significativos em grande parte da população. Na realidade brasileira, marcada pelo baixo grau de escolaridade, ambientes de trabalho insalubres, remuneração reduzida e desafios na alimentação, incluindo o alto consumo de alimentos industrializados, que contribuem para o aumento da obesidade, torna-se ainda mais difícil. Esses fatores impactam diretamente na capacidade das pessoas com condições crônicas de saúde de aderir ao tratamento e comprometem os esforços para melhorar a saúde pública (Estrela *et al.*, 2020; Simões *et al.*, 2021).

O impacto econômico das condições crônicas na saúde pública é bastante significativo. O tratamento das DCV e diabetes, por exemplo, representa custos expressivos, evidenciando a necessidade de uso racional dos recursos disponíveis



(Borges *et al.*, 2023). O grande número de pessoas com doenças crônicas acarreta um impacto relevante na demanda por assistência e causa sobrecarga nos serviços de saúde (Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), 2015).

Pessoas com condições crônicas de saúde são portadores de doença de curso prolongado, geralmente apresentam múltiplas comorbidades e necessidade de atendimento por diferentes prestadores na RAS. Esse perfil de pessoa é o que interage de forma mais frequente com os sistemas de saúde e, devido a isso, são expostos a longos períodos de espera, baixos níveis de compartilhamento de informações clínicas, discordâncias na sua gestão clínica e enfrentam constantemente as limitações da coordenação do cuidado da APS. São os mais prejudicados pela descontinuidade dos cuidados; a atenção fragmentada acarreta agravamento do quadro da doença e, conseqüentemente, aumento dos custos assistenciais (OPAS, 2015; Ollé-Espluga *et al.*, 2021; García-Vivar *et al.*, 2022; Guerra *et al.*, 2022).

A atenção às condições crônicas exige ações sociais proativas, contínuas, integradas e centradas na pessoa, com ênfase na promoção da saúde e educação em saúde. Modelos de atenção baseados na estratificação de riscos, estabilização das condições crônicas e autocuidado apoiado são essenciais (OPAS, 2015; Francisco *et al.*, 2022; Marques *et al.*, 2023). Estratégias como o Modelo de Cuidados Crônicos (*Chronic Care Model – CCM*), fundamentados na integração do cuidado, eficiência no fluxo de informações, incentivo à autogestão do cuidado e desenvolvimento de políticas comunitárias que apoiem estilos de vida saudáveis e as necessidades das pessoas, apresentam bons resultados no enfrentamento das condições crônicas de saúde (Wagner *et al.*, 2005; Goh; Siah; Tam, 2022; Grudniewicz; Gray; Boveckxstaens, 2023).

Políticas públicas intersetoriais para o cuidado de longa duração, bem como o estímulo a cuidados de hábitos em idades precoces, podem resultar em melhor qualidade de vida na velhice, com mais autonomia e independência e corroborar com a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Francisco *et al.*, 2022). O fortalecimento do vínculo dos profissionais com a comunidade, o desenvolvimento de ações educativas de promoção e prevenção e o investimento na integralidade dos cuidados pode contribuir para bons resultados em saúde (Schossler *et al.*, 2019).

Com a alteração no cenário das condições de saúde, os sistemas universais, outrora moldados para o enfrentamento de condições agudas, com respostas reativas

e episódicas, são insuficientes para atender as demandas de saúde atuais da população. A transição para um modelo que responda às condições crônicas de saúde é lenta e difícil, pois há vários fatores que influenciam no processo de mudança, como: cultura organizacional, disponibilidade de recursos, sistemas de incentivo, estilos de liderança, modelos de atenção e arranjos organizativos (Mendes, 2018).

Neste contexto, percebeu-se a necessidade de implementar serviços capazes de oferecer cuidados preventivos e curativos a toda a população, desde o ambiente domiciliar até as instituições hospitalares (Aued, 2017). Deste carecimento surge a proposta da organização dos sistemas de saúde em forma de RAS.

## 2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O PROCESSO REGULATÓRIO COM ÊNFASE NA CONTRARREFERÊNCIA

Diante da crescente prevalência de doenças crônicas e a complexidade dos cuidados, os sistemas de saúde no mundo devem organizar-se para atender as necessidades de saúde da população. A implantação das RAS é capaz de promover uma abordagem integrada e coordenada, fundamental para promover a continuidade do cuidado e melhorar os desfechos de saúde. A RAS possibilita maior articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde o mais básico, a atenção primária, até o mais complexo, a atenção terciária, conforme a necessidade de cada pessoa e em momento oportuno. Além disso, a RAS potencializa a capacidade de resposta dos sistemas de saúde frente a emergências e crises sanitárias, como pandemias, pois oportuniza a comunicação eficiente e a colaboração entre diversos atores. A integração das RAS favorece a equidade de acesso aos serviços de saúde e melhora a qualidade do atendimento. Deste modo, RAS são essenciais para a construção de sistemas de saúde resilientes, sustentáveis e com foco no cuidado centrado nas pessoas, afirmando o acesso a cuidados de saúde contínuos e de alta qualidade a toda a população (Almeida *et al.*, 2018; Mendes, 2018; Nakata *et al.*, 2020; Guerra *et al.*, 2022).

A primeira proposta de RAS ocorreu em 1920, no Reino Unido, com o Relatório Dawson. Neste, o médico Bertrand Dawson propõe a estruturação do sistema de saúde com centros primários de saúde, próximos à residência das pessoas, com equipe assistencial generalista. Esses deveriam direcionar as pessoas

a centros de especialidades, e estes, por sua vez, encaminhariam aos hospitais (United Kingdom, *Ministry of Health*, 1920).

Nas décadas de 1940 e 1950, as ideias relacionadas a redes de saúde ganharam força quando a APS foi proposta como uma abordagem mais abrangente e centrada na pessoa. A declaração de Alma-Ata em 1978 enfatizou a importância da atenção primária como o alicerce para a construção de sistemas de saúde eficazes (Giovanella; Mendonça, 2012; Bezerra; Sorpreso, 2016; Almeida *et al.*, 2018).

Nas décadas de 1980 e 1990, o conceito de redes começou a se desenvolver, focando na integração de serviços de saúde para melhorar a continuidade e a coordenação do cuidado. Vários países, incluindo Canadá e Reino Unido, começaram a implementar estratégias, como modelos de gestão de casos e cuidado coordenado para melhorar a conectividade entre diferentes níveis de atenção. (OPAS, 2011 e 2015; Brasil, 2015a).

Nos Estados Unidos, a RAS é definida como rede de ações cooperativas entre fornecedores e autônomos, onde a integração de seus serviços alcança bons resultados às organizações de saúde e às pessoas (Nakata *et al.*, 2020). Autores canadenses definem RAS como a rede capaz de fornecer serviços de saúde de forma integrada com o objetivo de atender às necessidades do público em geral (St-Pierre; Reinharz; Gauthier, 2006).

O Reino Unido considera RAS como a integração de profissionais e serviços de saúde dos diversos níveis de atenção, trabalhando de forma coordenada, sem barreiras profissionais ou organizacionais para a oferta igualitária de serviços de saúde eficazes e de qualidade (Addicott; Ferlie, 2007; Nakata *et al.*, 2020).

O Chile define RAS como a reunião de organizações envolvidas nos processos saúde-doença, que atuam de forma coordenada em um território específico, formalizada por vínculos institucionais ou contratuais estabelecidos de forma horizontal (Chile, *Ministerio de Salud*, 2018). Na Argentina, as chamadas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) são a integração de várias organizações de saúde que disponibilizam serviços de forma coordenada, abrangente e equitativa a uma determinada população. Capazes de apresentar os resultados alcançados no âmbito da atenção clínica, do estado de saúde de sua população e na sustentabilidade financeira (Kuschnir; Chorny, 2010; Artaza, 2017).

No final dos anos 90 as discussões para a organização em RAS iniciaram no Brasil. Em 2010, a Portaria nº 4.279 estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e a define como a combinação organizada de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, a qual, pelo uso de sistemas técnico, logístico e de gestão, pretende garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010).

O Decreto nº 7.508 define as RAS como o conjunto de ações e serviços de saúde estruturados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011). Nas RAS, os sistemas formam um contínuo de atenção, são estruturados de forma poliárquica e sua atenção é voltada para os eventos agudos e crônicos, com respostas proativas e contínuas, oferta equilibrada em ações promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. A pessoa é agente de sua própria saúde, em colaboração com os profissionais de saúde, e o cuidado é multiprofissional e interdisciplinar (Mendes, 2018).

No Brasil, a organização do SUS em RAS, exigiu adaptação dos serviços para atuar de forma organizada, em diferentes níveis de densidade tecnológica, mas integrados por meio de um sistema de gestão com vistas a garantir a integralidade do cuidado. A expansão dos serviços de atenção primária é crucial para a promoção e prevenção das condições crônicas (Schossler *et al.*, 2019; Marques *et al.*, 2023). As RAS, quando bem estabelecidas, melhoram os resultados sanitários das condições crônicas de saúde, diminuem a referência a especialistas e hospitais, melhoram a eficiência dos sistemas de atenção, produzem serviços mais custo efetivos e elevam a satisfação da pessoa e familiares (Mendes, 2018).

Conforme fundamentado na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, os atendimentos no SUS são organizados por níveis de atenção à saúde. Estes são estruturados conforme a densidade tecnológica que possuem, desde o nível de menor densidade (APS), nível de densidade intermediária (atenção secundária à saúde) até o nível de densidade tecnológica elevada (atenção terciária à saúde) (MS, 2017).

A atenção primária, atenção básica ou APS, é o primeiro nível da RAS. Um de seus objetivos é o alcance da resolução de problemas de forma a prevenir o aparecimento e evitar a evolução de doenças no intuito de reduzir a necessidade de intervenções de maior complexidade. Envolve o conjunto de ações individuais,

familiares e coletivas de saúde, no âmbito da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância. Constituída por equipe multiprofissional, a qual assume responsabilidade sanitária de uma determinada população em território definido e desenvolve seu trabalho por intermédio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada (MS, 2017)

O acesso da população aos serviços do SUS ocorre preferencialmente pela APS, a qual fará o primeiro atendimento. Observando as necessidades da pessoa, definirá a condução do caso, considerando a capacidade que o serviço de saúde possui para prestar assistência conforme o nível de atenção à saúde. Como ordenadora do sistema de saúde, cabe à APS realizar os encaminhamentos iniciais da pessoa em sua trajetória pela RAS. A pessoa com necessidade de atendimento de saúde realiza a busca inicial na unidade de saúde mais próxima de sua residência, onde recebe seu primeiro atendimento. Conforme a avaliação médica, é realizada a solicitação de avaliação de especialista ao complexo regulador. O regulador determina em qual instituição secundária ou terciária a pessoa receberá o atendimento especializado (Brasil, 2011; Giovanella; Mendonça, 2012; MS, 2017).

A OMS destaca que os sistemas de saúde alcançarão melhores resultados quando fundamentados na APS, com atenção voltada à promoção e prevenção e no equilíbrio das ações assistenciais, com foco na atenção básica e encaminhamento adequado aos demais níveis de cuidado (WHO, 2008).

O segundo nível de atenção à saúde, ou média complexidade, é composto por ações e serviços cuja finalidade é atender aos principais problemas e complicações de saúde da população, contando com o suporte de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (Brasil, 2009).

A alta complexidade, ou terceiro nível de atenção, é caracterizada por um conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo. As unidades deste nível de atenção possuem estrutura de alta tecnologia e profissionais altamente especializados, conforme o nível de abrangência que se destinam (MS, 2014).

Para facilitar a gestão dos atendimentos no SUS, estes são organizados por meio do Sistema de Referência e Contrarreferência. Desta maneira, a pessoa, quando atendida na atenção básica, é, quando necessário, referenciada a um nível de maior

complexidade, para receber o atendimento que precisa, pelo processo de referência. Quando este atendimento é finalizado, o profissional deve encaminhar a pessoa para a unidade de origem para a continuidade do cuidado pelo processo de contrarreferência (Alves *et al.*, 2015).

O processo de referência e contrarreferência possui três elementos essenciais no seu desenvolvimento: fluxo de informações, relações interpessoais e coordenação de intervenções. O fluxo de informações está relacionado a cada informação sobre a pessoa, originada nos atendimentos realizados pelos profissionais e serviços em diferentes pontos da RAS, as quais são essenciais para a continuidade do cuidado durante o percurso assistencial. O uso de tecnologias da informação pode contribuir para a organização e segurança dos dados existentes (Oliveira; Silva; Souza, 2021a). As relações interpessoais entre os profissionais dos diferentes níveis da RAS, são compreendidas como facilitadoras do processo de referência e contrarreferência, principalmente no encaminhamento da pessoa entre um serviço e outro da RAS. Contudo, embora existam processos normativos de regulação, ainda é fortemente utilizada como prática alternativa para contornar as falhas de comunicação na integração entre os serviços (Hermida *et al.*, 2019). A coordenação de intervenções envolve o desenvolvimento de protocolos e diretrizes com papéis e funções claramente estabelecidos para todos os serviços do sistema e a organização de um trabalho colaborativo em rede, que permita a integração vertical e horizontal entre ações, serviços e profissionais de saúde e agregue valor e qualidade à prestação do cuidado (Almeida *et al.*, 2018).

Além disso, a efetividade das ações de referência e contrarreferência só será alcançada com a inclusão da pessoa, da família e do cuidador no planejamento do cuidado e com o aprimoramento dos mecanismos de comunicação entre os profissionais e serviços da RAS (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021; Caixeta *et al.*, 2023).

Um dos maiores desafios da RAS atualmente é a construção de um sistema articulado para o compartilhamento de informações, que facilite o monitoramento e acompanhamento da pessoa no percurso assistencial, promovendo a continuidade do cuidado. Neste cenário, é importante que os profissionais envolvidos no processo, em especial o enfermeiro, tenham conhecimentos da RAS na qual atuam e acreditem no seu desenvolvimento (Caixeta *et al.*, 2023).

A assistência ambulatorial no SUS desempenha um papel crucial na complementação da APS, oferecendo cuidados especializados essenciais para os casos que exigem maior complexidade clínica ou diagnóstica. O acompanhamento na atenção especializada deverá, na maioria dos casos, ocorrer por um determinado período de tempo, sendo necessária a alta ambulatorial pelo especialista (Tesser; Poli Neto, 2017; Caixeta *et al.*, 2023).

A alta é uma decisão profissional realizada por médicos ou outros profissionais da saúde na conclusão do acompanhamento assistencial, seja na internação ou no acompanhamento ambulatorial. Ao definir que uma pessoa encontre-se em condições para a alta, o profissional de saúde leva em consideração as condições de saúde e a atitude da pessoa em relação à sua doença, questões éticas profissionais e fatores sociais que possam influenciar a continuidade do cuidado (Harun *et al.*, 2017).

Na atenção ambulatorial especializada uma vez que o problema de saúde inicial foi solucionado ou a APS apresente condições de dar continuidade ao tratamento necessário, a alta é realizada e conseqüentemente o processo de contrarreferência, portanto a pessoa passará a realizar o acompanhamento regular na UBS (Solla; Chioro, 2012).

O efetivo funcionamento do processo de contrarreferência enfrenta vários desafios dependendo em grande parte do comprometimento dos profissionais no preenchimento e uso das fichas de contrarreferência. Além disso, o desconhecimento do funcionamento operacional do sistema, falhas na comunicação entre equipes e rede, e a falta de conhecimento sobre o funcionamento geral da RAS corroboram para o insucesso do processo. Para que a contrarreferência seja efetiva na prática, os processos de trabalho devem estar integrados à articulação dos serviços que compõem a RAS, incorporando elementos organizacionais, alocação de recursos, estratégias de comunicação e capacitação profissional, além de uma cultura de práticas colaborativas entre as equipes e o fortalecimento da APS, com o objetivo de promover a continuidade do cuidado em todo o percurso assistencial (Santos *et al.*, 2021; Solla; Chioro, 2012; Caixeta *et al.*, 2023).

## 2.3 A CONTINUIDADE DO CUIDADO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Com o avanço da medicina no século XIX, houve uma mudança no paradigma do cuidado de saúde, com uma ênfase crescente na especialização médica e no tratamento de doenças específicas. Isso levou a uma fragmentação do cuidado, com pouca continuidade entre diferentes profissionais e serviços de saúde. Durante grande parte do século XX, o modelo biomédico dominou a prática médica, enfocando principalmente a cura de doenças agudas. Isso resultou em uma abordagem reativa e fragmentada à saúde, com pouca ênfase na coordenação e continuidade do cuidado (Mendes, 2012; Meiqari *et al.*, 2019).

A partir da segunda metade do século XX, muitos países passaram por reformas nos sistemas de saúde, com uma maior ênfase na APS e na promoção da saúde. Essa mudança de paradigma destacou a importância da continuidade do cuidado para garantir uma abordagem abrangente e coordenada à saúde (Shortell, 1976; Giovanella; Mendonça, 2012).

A continuidade do cuidado é um componente significativo da qualidade da saúde, sua compreensão perpassa por fronteiras disciplinares e organizacionais na gestão e assistência à saúde (Haggerty *et al.*, 2003; Guerra *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2022). Conceito fundamental na prestação de serviços de saúde, tem sido amplamente estudada e discutida na literatura acadêmica e ao longo da história foi conceituada de diferentes formas. Na década de 1950, era fortemente vinculada à relação médico-paciente e na disponibilidade de um profissional de cuidados individualizados (Farrisey, 1954; Bahr; Weiss, 2019).

Na década de 1970, o conceito de continuidade do cuidado foi definido como a relação entre os cuidados passados e presentes com foco no cuidado coordenado e ininterrupto (Bahr; Weiss, 2019; Santos *et al.*, 2022). Shortell (1976) define continuidade do cuidado como a habilidade dos serviços de saúde em oferecer uma sequência de intervenções e tratamentos organizados e contínuos, adaptados às necessidades médicas e individuais da pessoa ao longo do tempo.

Wall (1981), considerando a continuidade do cuidado com tema central na filosofia da medicina familiar, a define como o vínculo entre a pessoa e seu médico. Para Freeman, Olesena e Hjortdahl (2003), a continuidade do cuidado está atrelada à



percepção da pessoa ao receber o cuidado que necessita, de maneira organizada, ao longo de um período de tempo prolongado.

Apesar de não haver uma definição única e universalmente aceita, em geral, as definições de continuidade do cuidado apresentam três elementos em comum: cuidados prestados ao longo do tempo, relação entre a pessoa e os profissionais de saúde e a cooperação e comunicação entre os prestadores e os ambientes de cuidados (Haggerty *et al.*, 2003; Uijen *et al.*, 2012; Meiqari *et al.*, 2019).

Segundo Reid, Haggerty e McKendry (2002) a continuidade do cuidado está vinculada a experiência da pessoa quando recebe um atendimento congruente e interligado ao longo do tempo. Isso está atrelado a um fluxo eficiente de informações, competências interpessoais de qualidade e uma coordenação eficaz dos cuidados.

Em uma revisão do conceito de continuidade do cuidado, Haggerty *et al.* (2003) a definem como o nível de coerência e conexão entre os eventos de saúde que a pessoa vivencia, conforme às suas necessidades e contexto pessoal. Utzumi *et al.* (2018), ao procurar compreender a continuidade do cuidado à luz do referencial do Interacionismo Simbólico<sup>11</sup>, a identificam como um produto social decorrente das ações de todos os envolvidos no cuidado de forma compartilhada, reflexiva e coerente.

Ao analisar o conceito de continuidade do cuidado voltado à atenção das condições crônicas no contexto de ambientes com recursos limitados, Meiqari *et al.* (2019) definem a continuidade do cuidado como a prestação de cuidados organizados de forma contínua ao longo do tempo e em diferentes níveis e áreas de especialização, alinhados com as exigências de saúde e situações individuais da pessoa. Aqui observam-se três elementos importantes para a continuidade do cuidado: cuidados longitudinais, vínculo entre a pessoa e os profissionais de saúde e cuidado coeso e coordenado.

Segundo a *American Academy of Family Physicians*<sup>12</sup> (AAFP), a continuidade do cuidado visa garantir a qualidade do cuidado ao longo do tempo, envolvendo a

---

<sup>11</sup> O referencial do interacionismo simbólico é uma perspectiva teórica na sociologia e na psicologia social que foca nas interações sociais e na construção de significados. Essa abordagem, desenvolvida inicialmente por George Herbert Mead e posteriormente sistematizada por Herbert Blumer, baseia-se na premissa de que a realidade social é criada e sustentada através das interações humanas e dos significados atribuídos a essas interações (Blumer, 1969; Carvalho; Borges; Rego, 2010).

<sup>12</sup> Do inglês Academia Americana de Médicos de Família.

pessoa e sua equipe de atendimento, liderada por médicos, em um processo contínuo de gestão dos cuidados de saúde. O objetivo comum é fornecer cuidados médicos de alta qualidade e com boa relação custo-benefício.

Ao longo dos anos, diversos tipos de continuidade foram relatados na literatura. Hennen (1981) propõe quatro dimensões: cronológica, geográfica, interdisciplinar e interpessoal. A dimensão cronológica refere-se aos contatos do profissional com a pessoa assistida ao longo do processo saúde-doença e desenvolvimento humano e familiar. A dimensão geográfica aborda o local de assistência à saúde, seja a casa da pessoa ou o serviço de saúde, destacando o papel do médico da família como defensor da pessoa em tratamento. A dimensão interdisciplinar exige que o profissional seja capaz de lidar com o adoecimento em vários sistemas e com todos os componentes (físico, psicológico e social), enquanto a dimensão interpessoal enfatiza o estabelecimento de vínculos de confiança entre profissional, pessoa, familiares e equipe de saúde.

Freeman, Olesena e Hjortdahl (2003) identificaram diferentes tipos de continuidade: informacional, sem fronteiras de equipe, flexível, longitudinal, relacional ou interpessoal. A continuidade informacional está relacionada à qualidade na transferência das informações no contínuo assistencial e na coerência do prontuário da pessoa. A continuidade sem fronteiras de equipe existe quando há comunicação efetiva entre profissionais, serviços e a pessoa. A flexibilidade e o ajuste da atenção às necessidades da pessoa ao longo do tempo caracterizam a continuidade flexível. A continuidade longitudinal ocorre quando o cuidado é realizado pela mesma equipe de profissionais. E, por fim, a continuidade relacional ou interpessoal está associada ao desenvolvimento de um relacionamento terapêutico e interpessoal entre a pessoa e o profissional que o assiste.

Haggerty *et al.* (2003) e Reid, Haggerty e McKendry (2002) propõem três tipos de continuidade, estes podem ser observados com o foco na pessoa ou na doença: continuidade informacional, gerencial e relacional. Na continuidade informacional, ocorre a transferência de informações entre os profissionais, estes utilizam a história clínica e informações pessoais, como valores, preferências, contexto e mecanismos de apoio da pessoa, para realizar os cuidados necessários (Reid; Haggerty; McKendry, 2002; Haggerty *et al.*, 2003; Guerra *et al.*, 2022). Nesta dimensão, se evidencia a importância da informação e qualidade dos registros para a transferência

e continuidade do cuidado. Além disso, a própria pessoa e os profissionais tornam-se fontes de informação por possuírem um arquivo itinerante em suas memórias (Utzumi *et al.*, 2018).

Na continuidade gerencial, está a percepção da pessoa na coerência da atenção prestada em relação à comunicação entre os profissionais, à sequência adequada de cuidados e no uso oportuno dos serviços de saúde, conforme suas necessidades (Reid; Haggerty; McKendry, 2002; Haggerty *et al.*, 2003; Guerra *et al.*, 2022). Na continuidade relacional, observa-se a relação profissional/paciente sustentada ao longo do tempo, fundamentada na confiança, compreensão mútua, senso de responsabilidade e sentimento de afiliação (Reid; Haggerty; McKendry, 2002; Haggerty *et al.*, 2003; Guerra *et al.*, 2022).

É necessário compreender que as dimensões são indissociáveis, mantendo uma constante relação de dependência entre si. Ao explorar essas diferentes dimensões da continuidade do cuidado, é importante reconhecer que a experiência de continuidade pode variar significativamente entre pessoas, dependendo de uma variedade de fatores, incluindo características individuais, condições de saúde, sistemas de saúde locais e contextos sociais e culturais. Portanto, uma abordagem holística e centrada na pessoa para entender e promover a continuidade do cuidado é essencial para garantir uma prestação de cuidados de alta qualidade (Utzumi *et al.*, 2018; Bahr, Weiss, 2019; Santos *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2023).

O QUADRO 2 resume as principais definições e tipos de continuidade do cuidado apresentadas.

QUADRO 2 – Quadro resumo: definições e tipos de continuidade do cuidado (continua)

AUTOR	DEFINIÇÕES	TIPOS DE CONTINUIDADE
Shortell (1976)	A habilidade dos serviços de saúde em oferecer uma sequência de intervenções e tratamentos organizados e contínuos, adaptados às necessidades médicas e individuais da pessoa ao longo do tempo.	-
Hennen (1981)	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cronológica</li> <li>▪ Geográfica</li> <li>▪ Interdisciplinar</li> <li>▪ Interpessoal</li> </ul>
Wall (1981)	O vínculo entre a pessoa assistida e seu médico.	-
Freeman, Olesena e Hjortdahl (2003)	É a compreensão do indivíduo sobre a vivência de receber um cuidado gradual e	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informacional</li> </ul>

AUTOR	DEFINIÇÕES	TIPOS DE CONTINUIDADE
	bem organizado ao longo de um período prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sem fronteiras e de equipe</li> <li>▪ Flexível</li> <li>▪ Longitudinal</li> <li>▪ Relacional ou interpessoal</li> </ul>
Haggerty <i>et al.</i> (2003) e Reid, Haggerty e McKendry (2002)	É a extensão em que uma série de acontecimentos é reconhecida como integrada, conectada e adequada às necessidades específicas da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informacional</li> <li>▪ Gerencial</li> <li>▪ Relacional</li> </ul>
Utzumi <i>et al.</i> (2018)	Um produto social decorrente das ações de todos os envolvidos no cuidado de forma compartilhada, reflexiva e coerente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informacional</li> <li>▪ Gerencial</li> <li>▪ Relacional</li> </ul>
Meiqari <i>et al.</i> (2019)	Prestação de cuidados organizados de forma contínua ao longo do tempo e em diferentes níveis e áreas de especialização, alinhados com as exigências de saúde e situações individuais da pessoa.	-
<i>American Academy of Family Physicians</i> (2020)	Processo contínuo de gestão de cuidados envolvendo a pessoa e sua equipe de atendimento, liderada por médicos, onde o objetivo comum é fornecer cuidados médicos de alta qualidade e com boa reação custo-benefício.	-

FONTE: Autora (2024).

Reconhecendo a existência de diversos conceitos de continuidade do cuidado, salienta-se que, neste estudo, é adotado a perspectiva sobre continuidade do cuidado apresentada por Meiqari *et al.* (2019), a qual atribui ênfase na ação dos profissionais para promover a continuidade do cuidado, com foco nos cuidados de longa duração, nas características da pessoa e do prestador e na organização dos serviços de saúde.

Para que exista a continuidade do cuidado, dois elementos devem existir; contudo, sua presença por si só não caracteriza continuidade. O primeiro elemento é o cuidado prestado a um indivíduo, nele a continuidade é diferenciada da integração e coordenação de serviços. A continuidade é como a pessoa experimenta essa integração e coordenação. O segundo elemento é o cuidado prestado ao longo do tempo, que pode acontecer em um período curto ou longo de tempo. É uma característica intrínseca da continuidade que a distingue, por exemplo, da qualidade assistencial prestada em uma única interação clínica (Haggerty *et al.*, 2003).

Destaca-se que as pessoas e seus familiares percebem a continuidade do cuidado de modo diferente. Para as pessoas e os familiares, a experiência de

continuidade ocorre no processo vivido, quando estes percebem que os cuidados satisfazem as suas necessidades de saúde e conduzem a melhores resultados. Para profissionais, a continuidade é percebida quando o conhecimento e as informações disponíveis sobre a pessoa assistida são suficientes para a entrega de um serviço contínuo, e quando se sentem confiantes de que seus esforços serão reconhecidos (Haggerty *et al.*, 2003; Meiqari *et al.*, 2019).

A continuidade é alcançada quando os valores das pessoas, relacionamentos sustentados e plano de cuidados são unidos ao longo do percurso assistencial em diferentes episódios de cuidado, no atendimento por diferentes provedores e nas mudanças clínicas da doença (Haggerty *et al.*, 2003; Freitas; Moreira; Brito, 2014; Mendes *et al.*, 2017; Mauro; Cucolo; Perroca, 2021).

É essencial que a pessoa assuma seu papel de protagonista, com atitude proativa e contínua no seu acompanhamento de saúde, pois, caso contrário, não existirá continuidade do cuidado. Cabe aos profissionais de saúde a orientação da pessoa e seus familiares da importância deste compromisso, onde a continuidade do cuidado é alicerçada por uma via de “mão dupla” entre a pessoa e os profissionais de saúde (Paniagua *et al.*, 2018; Utzumi *et al.*, 2018; Bahr, Weiss, 2019; Belga; Jorge; Silva, 2022).

A existência de continuidade tornou-se referência para a qualidade do cuidado, pois nela a pessoa dispõe de atenção qualificada, segura e integral, que contempla as suas necessidades de saúde. Como resultados observam-se redução da procura por serviços de pronto atendimento, diminuição de internações hospitalares evitáveis e redução dos custos em saúde, refletindo em maior satisfação e qualidade de vida à pessoa assistida (Mendes *et al.*, 2017; Aued *et al.*, 2019; Malta *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, surgiram diversas abordagens voltadas à avaliação da continuidade do cuidado. Algumas dessas abordagens incluem o Índice de Continuidade do Cuidado (COC), o Índice de Cuidado do Provedor Habitual (UPC) e o Índice de Continuidade Sequencial do Cuidado (SECON), que se baseiam na relação entre a continuidade do cuidado e a frequência das consultas com um mesmo profissional de saúde. Além disso, foram desenvolvidos instrumentos como o Questionário de Continuidade de Nijmegen (NCQ) e o Questionário de Continuidade Assistencial entre Níveis de Atenção (CCAENA), que visam avaliar a continuidade do

cuidado sob a perspectiva da pessoa em relação aos cuidados recebidos. No entanto, é importante observar que todos esses instrumentos estão centrados no atendimento fornecido por médicos ou especialistas, tornando-se necessário criar ou adaptar ferramentas que possam avaliar a continuidade do cuidado de forma abrangente, considerando o atendimento interprofissional oferecido pela RAS, em conformidade com os princípios do SUS (Uijen *et al.*, 2012; Aller *et al.*, 2013; Santos *et al.*, 2022).

A falta de continuidade nos cuidados pode levar a instruções de tratamento confusas para as pessoas, aumentando o risco de erros, além de resultar em um acompanhamento inadequado, falta de preparação ou informação tanto para a pessoa quanto para o familiar. As falhas de continuidade potencializam a ocorrência de duplicidade de condutas, custos evitáveis, riscos de agudizações e complicações de situações de saúde crônicas mal conduzidas (Paniagua *et al.*, 2018; Utzumi *et al.*, 2018).

É essencial assegurar a continuidade do cuidado na RAS. Um dos momentos mais críticos para a interrupção do cuidado é durante a transição entre diferentes serviços ou, no caso do SUS, entre diferentes níveis da rede de atenção. Quando não há uma integração adequada entre os diferentes níveis da RAS, a continuidade do cuidado é comprometida, resultando em atrasos no acesso aos serviços e aumentando o risco de complicações, o que reduz a qualidade do atendimento fornecido (Bernardino *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023).

A gestão da continuidade do cuidado se traduz na efetiva gestão das informações acerca das necessidades do usuário, condutas definidas e na capacidade de diversos profissionais atuarem de maneira interligada, proporcionando um processo de cuidado que estabelece relação entre as condições de saúde do passado, presente e futuro de cada indivíduo (Freitas; Moreira; Brito, 2014; Mendes *et al.*, 2017; Utzumi *et al.*, 2018).

A atuação dos enfermeiros comprova de forma concreta sua participação essencial na coordenação e na continuidade do cuidado. A prática profissional dos enfermeiros na coordenação do cuidado requer seu envolvimento com a pessoa e familiares, desempenhando um papel central na resolução de problemas e manejo dos cuidados, no planejamento da alta, em ações de educação em saúde, na transição do cuidado e no acompanhamento pós-alta. Isso é realizado por meio da comunicação e inter-relação com outros profissionais e serviços. Desta maneira, as contribuições

dos enfermeiros na continuidade e coordenação do cuidado podem servir de exemplo para outros profissionais (Santos *et al.*, 2022).

As ações de coordenação, como criação de protocolos, de fluxo de pessoas e comunicação entre serviços, propiciam a melhora da continuidade do cuidado (Santos *et al.*, 2022).

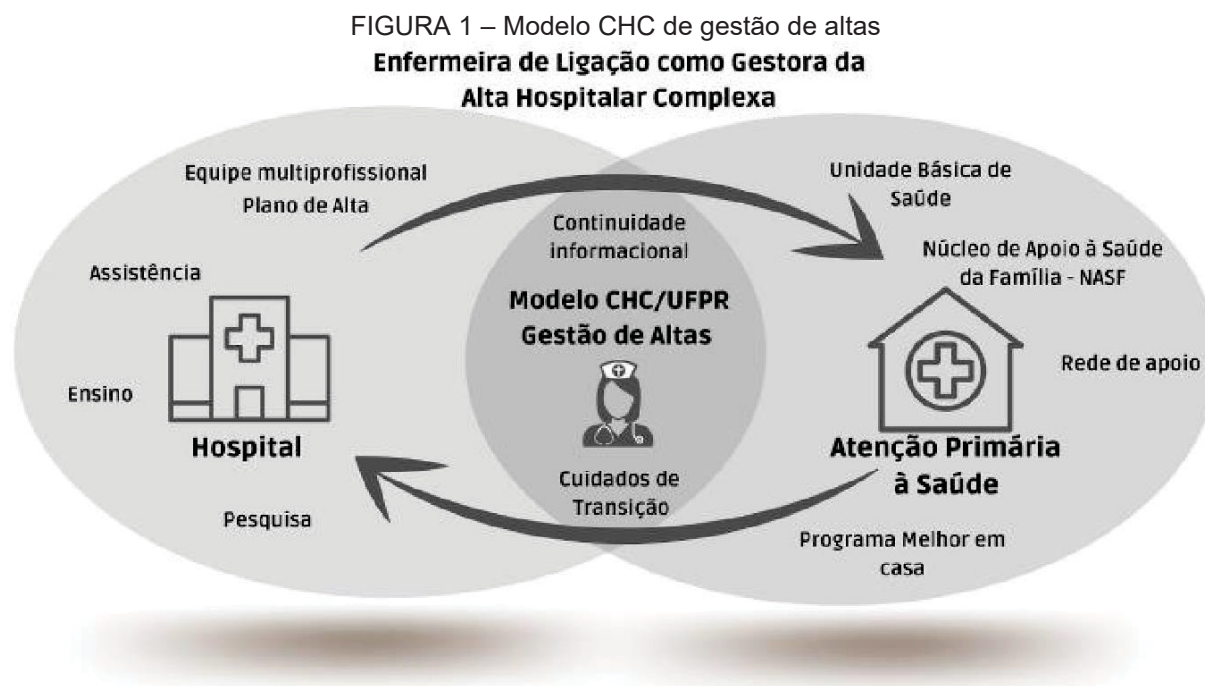
Um estudo nacional foi conduzido para explorar a eficácia da intervenção das enfermeiras de ligação na RAS, revelando impactos positivos. As atividades das enfermeiras de ligação resultaram em uma melhor orientação para os serviços de saúde, melhoraram a comunicação entre os diversos pontos da RAS e ajudaram a capacitar a APS para receber as pessoas e atender às suas demandas. Além disso, houve uma redução na busca inicial e no retorno das pessoas aos serviços de saúde de maior complexidade (Ribas *et al.*, 2018; Bernardino *et al.*, 2022).

Essa abordagem também é adotada na Espanha, onde as enfermeiras, chamadas enfermeiras hospitalares de enlace (EHE), preparam o plano de alta com pelo menos 48 horas de antecedência, oferecendo orientações sobre cuidados domiciliares. A comunicação entre enfermeiras hospitalares e da atenção primária, principalmente por telefone ou sistema informatizado, é fundamental para monitorar a condição clínica pós-alta. As EHE são acionadas durante a internação em casos de risco ou complicações, e na alta hospitalar quando a continuidade do cuidado é necessária (Costa *et al.*, 2020).

Dentre as muitas ações de continuidade, a contrarreferência, um contrafluxo de informações de saúde, relacionadas a um pessoa atendida em algum nível da rede de atenção, promove condições para que a pessoa seja responsável pelo seu cuidado, tendo a rede de atenção como apoio e possibilita que esta rede esteja disponível para oferecer este apoio, deixando de lado o modelo hospitalocêntrico que sobrecarrega o sistema (Oliveira; Silva; Souza, 2021a; Pereira; Sousa; Duarte, 2020; Gallo *et al.*, 2022; Lima *et al.*, 2023). Trata-se de um instrumento de comunicação em potencial entre os níveis da rede de atenção para garantir a integralidade e continuidade dos cuidados (Almeida, 2010; Oliveira; Silva; Souza, 2021a; Bernardino *et al.*, 2022a).

O Modelo CHC de Gestão de Altas, implantado em 2017, mostrou-se uma estratégia de contrarreferência eficaz para garantir a continuidade do cuidado de pessoas com doenças crônicas no processo de desospitalização. Fundamentado na

formação de uma equipe exclusiva de enfermeiros de ligação, centralizado na Unidade de Regulação Assistencial, realiza a identificação precoce das pessoas conforme critérios previamente estabelecidos para a realização da contrarreferência institucional (Bernardino *et al.*, 2022a). A FIGURA 1 ilustra o modelo de Gestão de Altas do CHC de forma representativa.



A implementação de estratégia similar na atenção ambulatorial contribuirá sobremaneira na continuidade do cuidado de pessoas portadores de condições crônicas. As estratégias apresentadas reforçam a prerrogativa de que os enfermeiros desempenham um papel crucial na garantia da continuidade do cuidado. Suas atividades abrangem desde o planejamento dos cuidados até a educação em saúde, passando pela articulação entre os diferentes serviços e acompanhamento pós-alta. Com habilidades e competências específicas, os enfermeiros são capazes de gerenciar o cuidado de pessoas com demandas complexas, realizando avaliações clínicas e sociais e possuindo amplo conhecimento dos sistemas e serviços de saúde disponíveis para o acompanhamento pós-assistência (Mendes *et al.*, 2017; Paniagua *et al.*, 2018; Ribas *et al.*, 2018; Guzmán; Andrade; Ferreira, 2020; Mauro; Cucolo; Perroca, 2021; Belga; Jorge; Silva, 2022; Bernardino *et al.*, 2022a; Santos *et al.*, 2022).



Além disso, exercem um papel fundamental na comunicação e troca de informações entre os profissionais e serviços de saúde, contribuindo para a efetiva integração dos cuidados. Sua atuação se estende por diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado centrado na pessoa e promovendo conexões entre profissionais, equipes multiprofissionais e serviços de saúde. Embora enfrentem desafios, como a escassez de profissionais e o acúmulo de atividades, é crucial reconhecer a importância de criar cargos específicos para o desenvolvimento de ações relacionadas à continuidade do cuidado (Ribas *et al.*, 2018; Guzmán; Andrade; Ferreira, 2020; Acylino, 2021; Mauro; Cucolo; Perroca, 2021; Belga; Jorge; Silva, 2022; Bernardino *et al.*, 2022b; Santos *et al.*, 2022).

### **3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa do tipo “pesquisa-ação”, de abordagem qualitativa. A pesquisa-ação procura a solução de problemas técnicos ou sociais com relevância científica pelo trabalho conjunto entre pesquisador e membros da situação-problema, onde os objetivos de ação e de conhecimento estão entrelaçados (Carpes; Zamberlan; Costenaro, 2016; Thiollent, 2011).

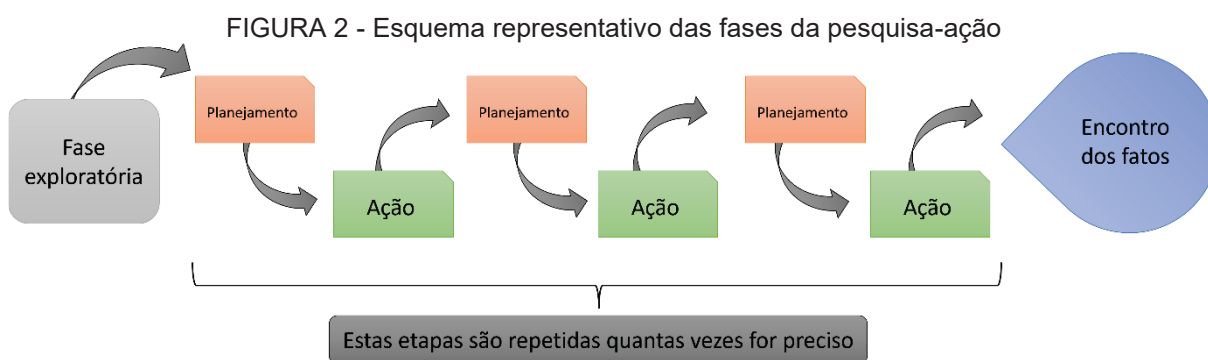
Para Lewin (1946) a pesquisa-ação realiza a comparação das condições e efeitos das ações sociais, é um modelo de pesquisa que leva à ação social. Caracteriza-se como uma abordagem investigativa direcionada para a transformação de uma realidade social, conectando a participação dos sujeitos envolvidos. Nessa conjuntura, o pesquisador executa um papel duplo: além de conduzir a pesquisa, ele assume o papel de participante ativo do processo. Essa relação é essencial para oportunizar uma mudança dialógica na consciência dos participantes, resultando em uma transformação de suas percepções e comportamentos. A pesquisa-ação não apenas busca a modificação das condições sociais presentes, mas também se reorganiza com base nas inovações que emergem ao longo do processo. Desta forma, a pesquisa-ação, em seu fundamento, é participativa e transformadora, direcionada a processos edificantes que emergem da colaboração consecutiva entre pesquisador e participantes (Franco, 2015).

A opção pela pesquisa-ação, ocorreu pelo fato de o pesquisador participar e pesquisar com o objetivo de desenvolver um papel ativo na realidade. A pesquisa-ação é bastante flexível; em cada situação, os pesquisadores, junto com os participantes, devem redefinir o que pode ser feito. Diferentemente de outros tipos de pesquisa, seu desenvolvimento não segue uma série de fases ordenadas. Há um ir e vir entre as fases conforme as ações são executadas e novos planejamentos são elaborados em decorrência de novos achados (Thiollent, 2011).

Thiollent (2011) propõe para o desenvolvimento da pesquisa-ação que o foco esteja no ponto de partida, denominada “fase exploratória” e, no ponto de chegada chamada de “divulgação dos resultados”, pois entre essas fases existem vários caminhos possíveis a depender das circunstâncias no decorrer das tarefas realizadas.

A perspectiva da pesquisa ação proposta por Lewin (1946), é constituída por três fases: planejamento, ação e encontro dos fatos. Nela, as fases de planejamento e ação ocorrem de forma cíclica em espiral e cada ação concluída dá origem ao planejamento da ação seguinte. Após a conclusão das atividades em grupo, cabe ao pesquisador a análise de todos os dados coletados ao longo da pesquisa na fase de encontro dos fatos, onde é realizada a avaliação dos resultados alcançados.

Percebendo a necessidade de maior rigor metodológico para o desenvolvimento da pesquisa, utilizamos a proposta de Lewin. Desta maneira, após a fase exploratória, foram realizadas sequencialmente as etapas de planejamento seguidas da ação, a qual desencadeia novo planejamento levando a outra ação, e assim sucessivamente até obter subsídios suficientes para a fase de encontro dos fatos. A FIGURA 2 ilustra as fases da pesquisa-ação.



Fonte: Autora (2024).

Desta maneira, a pesquisa ocorreu em três fases distintas, porém complementares. A fase 1 consistiu na fase exploratória, em que a pesquisadora realizou a observação participante no Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial com posterior registro em um diário de campo, pesquisa documental dos documentos deste serviço e entrevista com profissionais que atuam diretamente na assistência da unidade ambulatorial do local da pesquisa. A fase 2 abrange as etapas de planejamento e ação, onde ocorreram a realização de oficinas com profissionais que atuam na assistência ambulatorial, regulação assistencial, gestão de altas e gestores dessas áreas. Por fim, a fase 3, consistiu na análise final de todos os dados coletados ao longo do estudo e no encontro dos fatos. Da posse dos resultados obtidos, concluem-se as etapas do método com a divulgação dos resultados aos participantes da pesquisa e ao meio científico por meio de publicações.

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Ambulatório (UAMB) do CHC-UFPR, localizado no estado do Paraná.

O CHC-UFPR é um órgão suplementar da UFPR, constituído pelo Hospital de Clínicas (HC), e Hospital Vitor do Amaral (HVA), integra a Rede Ebserh<sup>13</sup> de Hospitais Universitários Federais (HUF). É o maior hospital público do estado do Paraná e o terceiro do país. Está inserido na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, sendo referência para casos de alta complexidade e consultas especializadas, procedimentos cirúrgicos e diagnóstico terapêuticos avançados. É polo de desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa, aprimoramento dos processos de gestão ambulatorial e hospitalar e aperfeiçoamento do modelo assistencial com foco na atenção centrada na pessoa (CHC, 2020).

O CHC-UFPR é um dos diversos hospitais que integram a RAS do município de Curitiba que, atualmente, é composta por 110 unidades básicas de saúde, dez Unidades de Pronto Atendimento (UPA), cinco unidades de especialidades médicas, treze Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), laboratório de análises clínicas e

---

<sup>13</sup> Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares é uma empresa pública de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (MEC), com o intuito de oferecer atendimento médico-hospitalar, ambulatorial e de diagnóstico e tratamento gratuitos à comunidade, bem como apoiar as instituições públicas de ensino federal e similares na área da saúde pública, fornecendo serviços de apoio ao ensino, pesquisa, extensão e formação de profissionais.

central de vacinas. Conta ainda com a prestação de serviços de clínicas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 2023). O CHC-UFPR possui contrato firmado com o município de Curitiba, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a qual direciona as ações assistenciais para o atendimento das necessidades de saúde da população de Curitiba e do Estado do Paraná. A assistência é prestada de forma integral, provendo os procedimentos necessários a cada situação com foco na qualidade e resolutividade.

Os encaminhamentos para o CHC-UFPR são realizados por meio da referência do Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde, Central de Leitos Hospitalares, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Pronto Atendimento do CHC-UFPR. Na atenção ambulatorial do referido complexo são realizados mais de 141.000 procedimentos ambulatoriais por mês (CHC-UFPR, 2022a) nos 612 ambulatórios ativos, das diversas especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas e de atenção multiprofissional (CHC-UFPR, 2022b).

O CHC-UFPR possui Serviços Ambulatoriais Médicos (SAM) dispersos em seu entorno. São ao todo 31 SAM, a maior concentração está no prédio do anexo B, construção com 7 andares, onde cada andar comporta de 1 a 4 SAM, com exceção do terceiro andar onde está localizada a Unidade de Processamento de Materiais Esterilizados (UPME). Há oito casas externas destinadas ao atendimento ambulatorial, onde são realizados os atendimentos das especialidades de nefrologia, pediatria (puericultura e subespecialidades), endocrinologia adulto, pneumologia e saúde mental.

O contrato firmado com o gestor SUS, no caso do CHC-UFPR é a SMS do município de Curitiba, prevê, entre os vários serviços oferecidos, a realização de consultas especializadas, num total de 4.792 consultas ao mês. As pessoas que utilizam os serviços do SUS cujo polo de referência na RAS seja o município de Curitiba, conforme o Plano Diretor de Regionalização<sup>14</sup> (PDR) do Paraná, são

---

<sup>14</sup> Plano Diretor de Regionalização é o instrumento de planejamento e gestão da saúde que objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

referenciados ao CHC-UFPR por suas UBS por meio de agendamentos eletrônicos no sistema E-saúde<sup>15</sup> (CHC-UFPR, 2024).

### 3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram médicos, enfermeiros e gestores que atuavam no CHC-UFPR, seja na assistência ambulatorial, na gestão de alta ambulatorial ou internação e gestores de áreas assistenciais e regulação. Considerando todas as fases da pesquisa, no total foram 28 participantes.

Para a fase 1 do estudo (exploratória – entrevistas), dada a discrepância no número de médicos em relação ao número de enfermeiros na assistência ambulatorial no CHC-UFPR, foi necessário identificar em quais serviços ambulatoriais havia enfermeiros trabalhando. Para tanto, contatamos a chefia da Unidade de Ambulatórios que nos informou a atuação de 14 enfermeiros na assistência ambulatorial. O número total de médicos na assistência ambulatorial é significativamente maior, dada a quantidade de especialidades e subespecialidades atendidas na instituição. Conforme dados do Setor de Contratualização e Regulação (STCOR), atualmente há aproximadamente 362 médicos que realizam atendimento ambulatorial no CHC-UFPR. Como critérios de inclusão foram considerados profissionais médicos e enfermeiros que atuam na assistência ambulatorial da instituição. Como critérios de exclusão foram considerados profissionais que atuam nos serviços de atendimento ambulatorial de urgência e emergência da instituição (unidade referenciada adulto e pediátrica e pronto atendimento da maternidade).

Para a fase 2 do estudo (planejamento e ação – oficinas), além de médicos e enfermeiros atuantes na assistência ambulatorial, foram considerados também profissionais com atuação na gestão de alta ambulatorial ou internação e gestores de áreas assistenciais e regulação.

Após a identificação de potenciais participantes do estudo, foram convidados a participar da pesquisa 16 médicos, 26 enfermeiros e dois gestores públicos. O convite foi realizado pela pesquisadora, de forma verbal ou virtual, por meio de

---

<sup>15</sup> E-saúde: Tecnologia da informação utilizada pela SMS de Curitiba para a organização interna dos setores da Secretaria de Saúde e Unidades de Saúde do município. Composto por dois grandes módulos, um deles contempla os processos relacionados à atenção básica, enquanto o outro os processos relacionados à atenção especializada.

mensagem de texto no WhatsApp®, em que foram explicados o objetivo da pesquisa e a fase na qual estavam sendo convidados a participar. Foram convidados 14 médicos e 12 enfermeiros para a fase 1; dois médicos, 14 enfermeiros e dois gestores públicos para a fase 2. Aceitaram participar da fase 1 da pesquisa oito médicos e nove enfermeiros e na fase 2, dez enfermeiros e um gestor público, nenhum médico convidado pode participar das oficinas.

O QUADRO 3 apresenta o número de participantes em cada fase da pesquisa.

QUADRO 3 – Número de participantes conforme cada fase do estudo

FASE DO ESTUDO	FORMAÇÃO	NÚMERO DE PARTICIPANTES	TOTAL DE PARTICIPANTES
Fase 1 – Entrevistas	Medicina	8	17
	Enfermagem	9	
Fase 2 – Oficinas	Medicina	0	11
	Enfermagem	10	
	Gestão Pública	1	

Fonte: Autora (2024).

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi conduzida em duas etapas, a primeira ocorreu por meio das seguintes técnicas: a) observação participante no Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial; b) análise documental; c) entrevista semiestruturada.

A observação participante teve o objetivo conhecer o processo de gestão de altas ambulatoriais implementado no CHC-UFPR. A observação participante é realizada pelo contato direto do investigador com os atores sociais em seu contexto natural, onde o pesquisador torna-se instrumento de pesquisa. É utilizada em estudos exploratórios, descritivos, etnográficos, entre outros, sendo comumente utilizada na

fase preliminar dos estudos científicos para exploração e descrição da realidade estudada (Minayo, 2013).

Destaca-se que não há limite temporal e espacial para a observação participante, visto que as pesquisas qualitativas se caracterizam pela utilização de múltiplas formas de coleta de dados. O tempo determinado para a saída do pesquisador do campo deve ser determinado pelo próprio objetivo do estudo, bem como pela saturação dos dados (Queiroz *et al.*, 2007).

Durante o período de 29 de maio a 02 de junho de 2023 ocorreu a observação participante no Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial. Após contato prévio com a chefia da UAMB e a enfermeira responsável pelo serviço, foram agendadas as datas e os horários e, caso necessário, seriam agendadas novas datas para realizar a observação, o que não foi preciso. Foram realizadas 12 horas de observação participante nas quais a pesquisadora vivenciou as atividades do serviço de gestão de alta ambulatorial para conhecer as rotinas, o fluxo das pessoas com alta ambulatorial. Destaca-se que a pesquisadora participou ativamente das atividades realizadas, não houve contato com pacientes pois as atividades desenvolvidas foram exclusivamente de gestão das contrarreferências realizadas pelas equipes ambulatoriais. Após cada dia de observação, a pesquisadora redigiu um diário de campo<sup>16</sup> onde realizou anotações sobre aspectos do processo da gestão das altas ambulatoriais e as atividades executadas e suas impressões acerca da experiência.

A fim de contribuir com as evidências de outras fontes e confirmar informações importantes do processo de trabalho da gestão ambulatorial adotou-se a pesquisa documental. Assim, os documentos estão sumarizados no QUADRO 4.

Quadro 4 – Descrição dos documentos analisados na pesquisa documental (continua)

DOCUMENTOS	CONTEXTO	RESPONSÁVEL E ANO
Diário de campo. Pesquisadoras.	Notas realizadas após cada dia da observação participante na Unidade Ambulatorial do CHC-UFPR	Pesquisadoras. 2023. Acervo pessoal.
<i>Project Model Canvas</i> <sup>17</sup> para implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial	Apresenta quais os pontos de discussão foram abordados e as ideias concebidas pela	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR.

<sup>16</sup> Ferramenta para documentar os dados obtidos ou gerados durante o período de permanência no campo de observação.

<sup>17</sup> Ferramenta visual utilizada para planejar e desenvolver projetos de forma estratégica. Permite que os gestores e equipes de projetos identifiquem e organizem os principais elementos de um projeto em um único quadro, facilitando a compreensão e a comunicação entre os membros da equipe (Finocchio, 2020).

DOCUMENTOS	CONTEXTO	RESPONSÁVEL E ANO
	equipe de implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial do CHC-UFPR.	2023. Acervo UAMB.
Histórico da Gestão de Alta Ambulatorial	Breve relato da implantação do serviço de Gestão de Alta Ambulatorial e os primeiros 7 meses de evolução das atividades.	Chefia da UAMB. 2023. Acervo UAMB.
Documento Modelo mnemônico SBAR para alta médica	Modelo de comunicação para facilitar a troca de informações durante a transição do cuidado.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Orientações alta médica	Fluxo das etapas a serem executadas pelos médicos no momento da alta ambulatorial.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Orientações GLPI <sup>18</sup>	Passo-a-passo para a realização das notificações de altas pelas especialidades ao Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial via GLPI.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Projeto do material educativo alta ambulatorial reumatologia	Projeto para elaboração de material educativo com orientações para pessoas que recebem alta do ambulatório da especialidade de reumatologia.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Fluxo alta médica e contrarreferência	Fluxo detalhado de todas as etapas do processo, desde a alta médica até a comunicação à UBS ou SMS.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Fluxo de contrarreferência - sonda vesical	Detalha o processo de contrarreferência de pessoas em uso de sonda vesical de demora, desde a avaliação inicial (viabilidade) até a comunicação à UBS.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.
Fluxo de lançamento da contrarreferência no E-saúde, de usuários da APS de Curitiba.	Detalha o passo a passo para registro da contrarreferência no E-saúde após a confirmação da alta ambulatorial.	Equipe de Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial CHC-UFPR. 2023. Acervo UAMB.

Fonte: Autora (2024).

Na apresentação dos resultados as anotações do diário de campo estão identificadas como “Diário de campo 1, 2 ou 3” e os dados provindos dos documentos identificados com o nome do documento ao qual correspondem.

<sup>18</sup> GLPI do francês *Gestionnaire Libre de Parc Informatique*, traduzindo para o português, Gestor de Equipamentos de TI de Código Aberto, é um software com várias funcionalidades que permite gerenciar um negócio via plataforma robusta (Rocha; Borges Neto, 2018).



Ainda na primeira etapa da coleta dos dados foi realizada a entrevista semiestruturada, a qual é utilizada para a abordagem de questões amplas pelo pesquisador, nela o entrevistador utiliza um roteiro, de forma a garantir que todas as áreas sejam consideradas. O papel do entrevistador é instigar os participantes a falarem espontaneamente sobre o tema investigado (Polit; Beck, 2011).

O instrumento utilizado foi submetido a teste piloto com dois enfermeiros da instituição com experiência na assistência ambulatorial para avaliar a viabilidade de aplicação, tempo estimado da entrevista e se as questões elaboradas atenderiam o objetivo da pesquisa. A escolha destes profissionais ocorreu por terem conhecimento acerca da temática investigada, porém não estariam incluídos na relação de potenciais participantes da pesquisa por, durante a coleta de dados desta pesquisa, atuarem em outros serviços. Após o teste piloto o instrumento foi readequado conforme as necessidades identificadas. O instrumento foi composto por questões para caracterização dos participantes da pesquisa (código, idade, sexo, formação acadêmica e qualificação, tempo de atuação na instituição e com seis perguntas abertas) (APÊNDICE 1).

A entrevista semiestruturada foi conduzida com médicos e enfermeiros que atuam na assistência ambulatorial da instituição, pois seu objetivo era auxiliar a pesquisadora a complementar as informações acerca da realidade estudada e coletar as contribuições desses profissionais para o aprimoramento do modelo de gestão de alta ambulatorial, com foco no processo de contrarreferência ambulatorial das pessoas com condições crônicas de saúde. Foram convidados 14 médicos e 12 enfermeiros para a participação das entrevistas, destes 8 médicos e 9 enfermeiros aceitaram participar das entrevistas, 6 médicos e 3 enfermeiros recusaram participar da pesquisa. Por meio das entrevistas realizadas percebe-se a saturação dos dados<sup>19</sup>. Na apresentação dos resultados, os participantes das entrevistas estão identificados pelos códigos “Profiss. L” em sequência alfabética até o “Profiss. B1”.

Cada entrevista foi agendada previamente em locais, datas e horários mutuamente acordados entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. Todas as entrevistas foram conduzidas pela autora desta pesquisa, ocorreram no período de 29 de junho a 28 de setembro de 2023, de forma presencial, em ambientes reservados

---

<sup>19</sup> Saturação dos dados ocorre quando as opiniões, considerações e sentidos manifestados pelos participantes da pesquisa começam a apresentar semelhança (Minayo, 2013).

na própria instituição, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos participantes. O tempo médio de cada entrevista foi de aproximadamente dez minutos. As entrevistas foram iniciadas somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE 2). Utilizou-se um aplicativo específico em telefone celular para a gravação das entrevistas, sendo posteriormente transcritas no período entre maio e setembro de 2023, com utilização do *Microsoft Word – Office 365®*.

Na etapa 2 da coleta dos dados, foram realizadas as oficinas com a participação de profissionais da assistência ambulatorial, regulação assistencial, gestão de altas e gestores dessas áreas. As oficinas são ferramentas ético-políticas excelentes, pois possibilitam trocas de saberes, vivências e a construção de novas perspectivas sobre os temas discutidos. Seus resultados podem ultrapassar os objetivos propostos pelos pesquisadores, evidenciando também as possíveis transformações geradas no contexto em que estão inseridas, integrando em definitivo a coleta e a produção de informações (Spink; Menegon; Medrado, 2014).

As oficinas foram planejadas com o objetivo de consolidar o modelo teórico e desenvolver os instrumentos necessários para sua aplicação na prática assistencial. Os convites aos profissionais para participação foram realizados pessoalmente ou por meio eletrônico, via mensagem de texto no WhatsApp. Foram convidados dois médicos, 14 enfermeiros e dois gestores públicos para a participação nas oficinas, destes, dez enfermeiros e um gestor público participaram ativamente das oficinas. Porém, não houve a participação de todos os profissionais em todas as oficinas, a média de participantes foi de sete profissionais. Na apresentação dos resultados, os participantes das oficinas estão identificados pelos códigos “Profiss. A” em sequência alfabética até o “Profiss. K”.

Ocorreram seis oficinas no período de 24 de novembro a 15 de dezembro de 2023. Para sua realização, foi reservada uma sala na instituição, com capacidade adequada para o número de participantes e com disposição que favorecesse a discussão em grupo. Para a condução das oficinas, previamente, era elaborada uma apresentação (APÊNDICE 3) com conteúdo pertinente para a discussão planejada e a cada nova oficina esta apresentação era readequada, com os achados da oficina anterior e o objetivo da subsequente. À medida que as discussões evoluíram, tornou-se evidente a necessidade de participação de outros profissionais para aprofundar o

entendimento sobre o tema em debate. Diante disso, novos profissionais foram convidados para contribuir nas oficinas seguintes, com o objetivo de enriquecer e esclarecer ainda mais as questões discutidas, permitindo uma abordagem mais abrangente e colaborativa, melhorando a qualidade e a profundidade das discussões. O QUADRO 5 apresenta os temas e os objetivos referentes a cada oficina.

QUADRO 5 – Distribuição das oficinas realizadas conforme tema e objetivo

OFICINA	TEMA	OBJETIVO	TOTAL DE PARTICIPANTES
Oficina 1	Construção de um Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial	Alinhamento do projeto	5
Oficina 2	Discussão da realidade	Definição do problema	4
Oficina 3	Projeto Gestão de Alta Ambulatorial como estratégia para a continuidade do cuidado	Apresentação do projeto para os participantes das oficinas	8
Oficina 4	Fluxos do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial	Apresentação dos fluxos do serviço de gestão de alta ambulatorial	8
Oficina 5	Fluxo do macroprocesso de Gestão de Alta Ambulatorial	Construção dos fluxos da Gestão de Alta Ambulatorial	8
Oficina 6	Fluxos para a Gestão de Alta Ambulatorial	Aprovação dos fluxos	8

Fonte: Autora (2024).

Ao iniciar cada oficina, foi solicitado a cada novo participante o preenchimento de uma ficha de identificação (APÊNDICE 4), codificada, para a posterior caracterização dos participantes, assinatura do TCLE (APÊNDICE 5) com a autorização para a gravação das discussões. Todas as oficinas foram audiogravadas utilizando-se um aplicativo específico em telefone celular, sendo posteriormente transcritas no período entre janeiro e fevereiro de 2024, com utilização do *Microsoft Word – Office 365®*.

As descrições de cada uma das técnicas utilizadas para cada etapa da coleta de dados estão detalhadas no QUADRO 6.

QUADRO 6 – Procedimentos adotados para coleta de dados conforme técnica (continua)

Técnica de coleta de dados	Procedimentos adotados
Etapa 1: Observação participante e pesquisa documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12 horas de observação participante no serviço de gestão de alta ambulatorial e registro das observações e atividades realizadas em diário de campo pela pesquisadora;</li> <li>▪ Identificação e acesso aos documentos; relacionados à implantação e organização do serviço de gestão de alta ambulatorial.</li> </ul>

Técnica de coleta de dados	Procedimentos adotados
Etapa 1: Entrevista semiestruturada	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As entrevistas ocorreram de forma presencial, em ambientes confortáveis, controlados, garantindo a confidencialidade e a privacidade dos participantes;</li> <li>▪ O tempo médio de cada entrevista foi de aproximadamente dez minutos;</li> <li>▪ Foram gravadas, transcritas e seu conteúdo analisado;</li> <li>▪ APÊNDICE 1.</li> </ul>
Etapa 2: Oficinas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As oficinas foram realizadas em espaço adequado ao número de participantes e com disposição que favorecesse a discussão em grupo;</li> <li>▪ Previamente cada oficina era elaborada uma apresentação com os conteúdos planejados;</li> <li>▪ Para a oficina seguinte a apresentação era readequada com os achados da oficina anterior e novo objetivo;</li> <li>▪ Conforme a evolução das discussões novos profissionais eram convidados para a oficina seguinte;</li> <li>▪ APÊNDICE 3.</li> </ul>

Fonte: Autora (2024).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Considerando as etapas da pesquisa-ação propostas, a fase 3, consistiu na análise de todos os dados coletados ao longo do estudo e culmina no encontro dos fatos. A análise dos dados foi orientada pelo objetivo do estudo: propor um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial tendo a continuidade do cuidado como fundamento e o enfermeiro como coordenador deste processo.

Durante esse processo, as categorias analíticas emergiram a partir das próprias informações coletadas. Essas categorias representam os elementos essenciais que surgiram dos dados e foram utilizadas para estruturar e organizar as descobertas da pesquisa.

Categorias analíticas são temas ou conceitos que emergem dos dados e ajudam o pesquisador a entender padrões, tendências ou relações dentro dos dados coletados. Para a definição destas categorias é necessário a familiarização do pesquisador com os dados, codificação, identificação de padrões, agrupamento de códigos em categorias, refinamento das categorias e desenvolvimento de uma estrutura analítica (Creswell, 2014).

A metodologia adotada para a análise dos dados foi a análise de conteúdo proposta por Creswell (2007). O autor estipula seis passos para a análise e interpretação de dados: 1. Organização e preparo dos dados para análise, 2. Leitura

dos dados, 3. Iniciar a análise utilizando uma codificação, 4. Definir os temas para análise a partir da codificação, 5. Associar a descrição e os temas às narrativas qualitativas e 6. Realizar a interpretação dos dados.

1. Organização e preparo dos dados para análise:

As gravações das entrevistas e oficinas foram transcritas no *Microsoft Word – Office 365*® e, posteriormente, revisadas pela pesquisadora com apoio de uma estudante de iniciação científica. Todos os documentos gerados ao longo da coleta de dados da pesquisa foram devidamente identificados, classificados conforme o tipo de arquivo e etapa da coleta de dados a que pertencem e inseridos no *software Atlas.ti*®.

Foram considerados 35 documentos para organização e análise. Estes foram separados em grupos referentes à origem, tipos de arquivos e o quantitativo, conforme ilustra o QUADRO 7.

QUADRO 7 – Organização dos documentos para análise de dados

Origem	Tipos de arquivos	Quantidade
Documentos do serviço de gestão de altas ambulatorial	PDF e Word	6
Fluxos do serviço de gestão de altas ambulatorial	Imagem	3
Diários de campo	Word	3
Transcrições das entrevistas	Word	17
Transcrições das oficinas	Word	6

Fonte: Autora (2024).

2. Leitura dos dados:

Uma leitura flutuante dos dados foi realizada, assim como a escuta dos áudios, com o objetivo de o pesquisador estar imerso nas informações coletadas e obter seu sentido geral. Durante esta fase, algumas impressões foram levantadas, porém não documentadas.

3. Iniciar a análise utilizando uma codificação:

Os dados foram submetidos a uma nova leitura pelo pesquisador, desta vez com um olhar mais atento para propor uma primeira codificação aos dados. A utilização de sistemas de códigos para análise de dados é amplamente utilizada na pesquisa qualitativa. Um código é uma palavra ou frase que retrata a essência dos dados observados. Trata-se de uma reflexão profunda sobre os dados, sendo o ponto crítico entre a coleta de dados e a explicação do seu significado

Para auxiliar na codificação dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti®. O Atlas.ti® é um *software* assistido por computador projetado para análise de dados qualitativos, fornecendo suporte tanto para pesquisa qualitativa quanto quantitativa, além de estudos de métodos mistos. Sua interface facilita a análise detalhada e sistemática de dados qualitativos, tornando-o uma ferramenta valiosa para pesquisadores em diversas áreas e foi utilizado para facilitar a análise dos dados deste estudo (Silva Júnior; Leão, 2018).

Nesta etapa, a leitura dos dados foi mais atenta, buscando extrair seu sentido implícito. Conforme a leitura ocorria, eram selecionados os trechos e estabelecida a cada um deles uma ou mais codificações. Periodicamente, uma pausa da leitura era realizada, a fim de verificar os códigos já existentes e refletir sobre os achados de forma a não ocorrer a criação de códigos em excesso com similaridade aos estabelecidos. Na primeira versão foram identificados 60 códigos e demarcadas 1.013 citações.

Com a primeira lista de códigos existentes, realizou-se uma leitura atenta de todos para avaliar a similaridade, agrupando-os em categorias maiores relacionadas ao tema de estudo. Conforme percebia-se a necessidade, retornava-se aos dados analisados para dar continuidade à categorização. A segunda versão foi encerrada contendo 8 categorias principais, com 58 subcategorias e 994 citações.

Sentindo a necessidade de filtrar as 58 subcategorias, uma nova rodada de análise foi realizada, agora concentrando-se em cada conjunto de subcategorias. Da mesma forma que na etapa anterior, quando se percebia a necessidade, retornava-se aos dados analisados para a comprovação das impressões.

#### 4. Definir os temas para análise a partir da codificação:

Ao término da etapa de codificação dos dados, obteve-se um total de 8 categorias, 22 subcategorias e 983 citações. A descrição das categorias e subcategorias estará descrita na apresentação dos resultados.

#### 5. Associar a descrição e os temas às narrativas qualitativas:

As narrativas mais significativas para cada categoria e subcategoria foram evidenciadas e estão apresentadas no capítulo de apresentação dos resultados.

#### 6. Realizar a interpretação dos dados:

Fundamentada sob o referencial da continuidade do cuidado, alinhada aos processos de funcionamento da RAS e princípios do SUS, a interpretação dos dados

foi conduzida considerando os aspectos importantes para a elaboração do modelo assistencial idealizado, como sujeitos envolvidos no processo e fatores de influência. Com a interpretação dos dados, foi elaborado o Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial apresentado ao final do próximo capítulo.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização do estudo, foram considerados os preceitos éticos previstos na Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), n. 13.709, que dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural (Brasil, 2018).

Esta pesquisa foi realizada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CHC-UFPR, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE), nº 67969023.7.0000.0096 (ANEXO I).

A coleta de dados iniciou somente após aceite dos participantes, expresso por meio da leitura e assinatura do TCLE (APÊNDICES 2 e 5).

Para garantir o anonimato dos participantes, foi definido um código identificador a cada participante composto pelo prefixo Profiss., forma abreviada de profissional segundo as regras de abreviação do DataSUS (2024), seguido de letra maiúscula do alfabeto e, quando necessário, um número cardinal. Por exemplo: Profiss. A, Profiss. B, ..., Profiss. A1, Profiss. B1 e assim sucessivamente.

Para concluir a trajetória metodológica da pesquisa, apresentamos o QUADRO 8 com o resumo das etapas desenvolvidas.

QUADRO 8 – Resumo da trajetória metodológica da pesquisa (continua)

<b>Etapas</b>	<b>Descrição</b>
Tipo de pesquisa	Pesquisa-ação
Local do estudo	Unidade de Ambulatórios do CHC-UFPR
Participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Médicos - 8</li> <li>▪ Enfermeiros - 19</li> <li>▪ Gestores - 1</li> </ul>
Coleta de dados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observação participante /Diário de campo</li> </ul>

(conclusão)

Etapa	Descrição
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pesquisa documental</li> <li>▪ Entrevista semiestruturada – profissionais da assistência ambulatorial</li> <li>▪ Oficinas - de profissionais da assistência ambulatorial, regulação assistencial, gestão de altas e gestores dessas áreas.</li> </ul>
Análise dos dados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análise de conteúdo (Creswell)</li> </ul>
Aspectos éticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aprovado pelo CEP do CHC-UFPR, com CAEE nº 67969023.7.0000.0096</li> <li>▪ Aplicação do TCLE</li> <li>▪ Identificação dos profissionais (Profiss. A, Profiss. B ....)</li> <li>▪ Identificação dos diários de campo (Diário de campo 1, 2 ou 3)</li> <li>▪ Identificação dos documentos (nome do documento ao qual correspondem)</li> </ul>

FONTE: Autora (2024).



## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se os resultados oriundos da análise dos dados coletados. Antes de adentrar nos resultados, é importante ressaltar que a abordagem metodológica adotada possibilitou uma análise abrangente da realidade do serviço de gestão da alta ambulatorial implantando no CHC-UFPR em que pesquisador e participantes se envolveram de modo cooperativo ou participativo e, assim, revelando dados significativos que contribuíram para a construção do conhecimento neste estudo.

Os resultados são apresentados de forma organizada, em quadros e figuras, demonstrando a caracterização dos participantes da pesquisa e a análise de conteúdo dos achados oriundos da observação participante, pesquisa documental, entrevistas e oficinas. Além disso, são apontados os produtos das oficinas, culminando na apresentação do Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial idealizado.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A caracterização dos participantes da pesquisa incluiu a formação profissional, o sexo, a idade e o tempo de atuação na instituição. Ao todo, foram 28 participantes no estudo, dos quais 17 participaram das entrevistas e 11 profissionais participaram das oficinas.

Em relação à formação profissional, observou-se que 67% dos participantes eram enfermeiros, 29% eram médicos e 4% tecnólogos em gestão pública. Quanto ao sexo, a maioria 74% dos participantes eram do sexo feminino, enquanto 26% do sexo masculino. Em termos de faixa etária, 46% dos participantes estavam na faixa dos 30 aos 40 anos, 35% na faixa dos 41 aos 50 anos e 14% tinham acima de 50 anos. Os dados revelaram um grupo experiente e com 75% dos participantes acumulando mais de 5 anos de atuação na instituição. Além disso, 82% dos participantes possuíam pelo menos uma especialização, 46% possuíam mestrado, 17% doutorado, 14% estavam cursando o mestrado e 7% o doutorado, o que demonstra a qualificação do grupo.

O QUADRO 9 apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa conforme cada etapa da coleta dos dados.

QUADRO 9 – Caracterização dos participantes da pesquisa

<b>Etapas da coleta de dados</b>	<b>Total de participantes</b>	<b>Formação</b>		<b>Sexo</b>	<b>Média de idade</b>	<b>Média de tempo de atuação na instituição</b>
Etapa 1 Entrevistas	17	Medicina	8	M – 7	40 anos	8 anos
		Enfermagem	9	F – 10		
Etapa 2 Oficinas	11	Medicina	0	M – 0 F – 11	45 anos	13 anos
		Enfermagem	10			
		Gestão Pública	1			

Fonte: Autora (2024).

## 4.2 QUADRO RESUMO DAS CATEGORIAS E SUAS RESPECTIVAS SUBCATEGORIAS

Resultantes da análise de conteúdo aplicada aos documentos, diários de campo, transcrições das entrevistas e oficinas, totalizaram 8 categorias e 22 subcategorias apreendidas. O QUADRO 10 apresenta as categorias e suas respectivas subcategorias.

QUADRO 10 – Categorias e subcategorias relacionadas ao Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Comunicação interpessoal e interprofissional	Comunicação com a pessoa em acompanhamento Comunicação entre as equipes do hospital Comunicação entre os diferentes níveis da RAS
Fragilidade de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial	Carência de conhecimento clínico dos profissionais da APS Falta de conhecimento dos recursos da RAS (Des) Conhecimento do processo de contrarreferência
Critérios para alta ambulatorial	Estabelecimento de critérios para a alta ambulatorial Pessoas com potencialidade para alta ambulatorial Pessoas que necessitam de suporte da atenção especializada para a continuidade do cuidado na APS
Dificuldades para a contrarreferência da pessoa do ambulatório para a APS	Cultura Fragilidades na organização da RAS Insegurança da pessoa Insegurança do profissional
Recursos para uma adequada contrarreferência	Profissionais necessários Processos padronizados para a contrarreferência Instrumentos/suportes relevantes para a segurança do processo Uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde
Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial	Educação para a alta ambulatorial Coordenação da alta ambulatorial
Práticas colaborativas	Segurança para a promoção da continuidade do cuidado na APS Trabalho em equipe Protocolos conjuntos
Corresponsabilização da pessoa e/ou familiar para com o autocuidado	

Fonte: Autora (2024).

Os QUADROS 11 a 18 evidenciam os achados em cada categoria e suas respectivas subcategorias.

QUADRO 11 – Síntese dos achados na categoria Comunicação interpessoal e interprofissional e suas subcategorias (continua)		TOTAL DE CITAÇÕES
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS
Comunicação interpessoal e interprofissional	Comunicação com a pessoa em acompanhamento	<p>“O enfermeiro responsável mantém apenas contato telefônico com o paciente, a orientação de alta cabe ao médico assistente, assim como a entrega e conferência da documentação.” (Diário de campo 1)</p> <p>“Após 30 dias da alta ambulatorial, a enfermeira da gestão de alta ambulatorial entra em contato por telefone com a pessoa para confirmar se conseguiu o agendamento de retorno na UBS de referência.” (Diário de campo 2)</p> <p>“A dificuldade de contato telefônico com os pacientes para saber se fizeram a vinculação é um grande problema, as mais comuns são o cadastro desatualizado no sistema do hospital e o fato de o paciente não atender a ligação.” (Diário de campo 3)</p> <p>“[...] Estas são algumas informações importantes, que o(a) senhor(a) precisa saber para continuar o seu tratamento.” (Projeto material educativo alta ambulatorial reumatologia)</p> <p>“[...] do AGHU, até do e-Saúde, a gente tem os telefones, inclusive para recado, às vezes a gente vai atrás de um conhecido que tem um telefone para recado ou se não consegue nenhum, tentamos falar na unidade básica [...]” (Profiss. W)</p> <p>“[...] entregar documentos: resumo de alta, prescrição.” (Profiss. G)</p> <p>“[...] uma vez feito o encaminhamento, né, a contrarreferência. Então, a dificuldade que eu encontro é o contato com o paciente.” (Profiss. Q)</p> <p>“Quando acontece de findar os 90 dias e a gente viu que não vinculou [...] a gente entra em contato com o paciente.” (Profiss. W)</p> <p>“[...] é a gente que faz o encaminhamento, a contrarreferência, que encaminha isso tanto pelo sistema, quanto com o paciente. A gente orienta os pacientes, fica como referência para eles.” (Profiss. X)</p> <p>“[...] Eles não dão o papel da contrarreferência para o paciente. Não sinalizam claramente que ele tem que ir para o UBS e quando eu ligo que eu faço o retorno, o paciente não foi, o paciente não sabe, entendeu? É falha no nosso processo.” (Profiss. E)</p>
		60

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Comunicação interprofissional (CONTINUAÇÃO)	Comunicação entre as equipes do hospital	<p>“A comunicação entre a equipe assistencial do ambulatório e a do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial é via GLPI, e-mail ou contato telefônico, este último para situações pontuais.” (Diário de campo 1)</p> <p>“[...] elaboramos os fluxos [do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial] e apresentamos para a equipe da reumatologia [...] estavam presentes os reumatologistas e residentes da área. Apresentamos o passo a passo da alta ambulatorial destacando os principais aspectos do fluxo [...]” (Histórico Gestão de Alta Ambulatorial)</p> <p>“A comunicação é uma coisa que está fragilizada tanto entre aqui, entre a gente, quanto lá [UBS].” (Profiss. X)</p> <p>“Geralmente o assistente social está mais por dentro do que o enfermeiro.” (Profiss. A1)</p> <p>“Não adianta esse enfermeiro ficar muito distante da equipe que atendeu o paciente. Tem que ter um acesso simples, rápido, fácil, [...], alguém fique responsável por fazer essa ponte.” (Profiss. M)</p> <p>“Paciente que liga e diz [...] ‘eu quero ficar aí’. Mas não tem uma justificativa. Mesmo o médico ter dado alta, [...] essa conversa com a equipe. E eles acolhem bem esse direcionamento. E o paciente às vezes vem [...] a gente reforça, reorienta. Tem sido bem bacana.” (Profiss. W)</p>	33

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Comunicação interpessoal e interprofissional (CONTINUAÇÃO)	Comunicação entre os diferentes níveis da RAS	<p>“Na verificação diária do e-mail são observados os retornos encaminhados pelas UBS ou SMS referentes às notificações de contrarreferências encaminhadas anteriormente.” (Diário de campo 02)</p> <p>“[... pessoa] residente em Curitiba: a contrarreferência [...] e encaminhada notificação simplificada via e-mail.” (Fluxo alta médica e contrarreferência ambulatorial)</p> <p>“[... pessoa] residente em outro município do estado [...] a notificação simplificada de contrarreferência é encaminhada por e-mail para a SMS do município em questão.” (Diário de campo 03)</p> <p>“Usuário contrarreferenciado para seguimento na APS, após alta do Ambulatório de (especialidade) do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR [...]. Necessita de seguimento na APS para continuidade do tratamento, conforme orientações presentes no resumo de alta ambulatorial.” (Documento Modelo mnemônico SBAR para alta médica)</p> <p>“O enfermeiro ser a ponte real, física [...] fazer uma comunicação enfermeiro – enfermeiro de onde o paciente vai [...] de onde o paciente veio, o HC.” (Profiss. M)</p> <p>“[...] como que ela consegue contato com a rede de origem?” (Profiss. B)</p> <p>“Eu acho que a comunicação é um dos principais fatores para que eu não consiga encaminhar esse paciente para a UBS.” (Profiss. R)</p> <p>“não conseguir contacto com a unidade básica. Porque assim a gente está tendo muito problema com as unidades básicas, porque principalmente os da periferia, está tendo problema com telefones, que roubam cabeamento.” (Profiss. W)</p> <p>“[...] Alguns ambulatorios já fazem uma carta que vai junto com o paciente ‘Paciente encontra-se apto para continuidade de cuidados nesta unidade de saúde.’” (Profiss. J)</p> <p>“[...] muitas vezes a gente tem dificuldade, no outro caminho também. A gente precisa do suporte da unidade de saúde e a gente não consegue acessar as pessoas de lá também.” (Profiss. M)</p> <p>“[...] essa ligação daqui da instituição com a instituição que vai receber ele, acho que seria bem interessante.” (Profiss. Y)</p> <p>“[...] realmente a gente ter um contato verdadeiro com essas equipes.” (Profiss. O)</p>	104

Fonte: Autora (2024).

A categoria Comunicação interpessoal e interprofissional formada pelas categorias comunicação com a pessoa em acompanhamento; comunicação entre as equipes do hospital e comunicação entre os diferentes níveis da RAS, revelou uma série de percepções e desafios relacionados à comunicação.

Em relação à comunicação observa-se que a gestão de altas existente na instituição preconiza um contato distante entre o enfermeiro e a pessoa que recebe a alta ambulatorial, contato esse realizado vários dias após a alta ambulatorial. Evidenciaram-se dificuldades na comunicação direta com as pessoas após a alta ambulatorial, questão também evidente nas falas dos profissionais, destacando a necessidade de melhorias no processo de contrarreferência e no acompanhamento pós-alta.

Os profissionais destacaram a importância de diversos canais de comunicação, incluindo telefones institucionais e até mesmo contatos pessoais para garantir o acesso às informações necessárias. No entanto, observou-se uma fragilidade na comunicação entre as equipes internas do hospital, com sugestões para uma melhor integração e acessibilidade entre os profissionais envolvidos no cuidado.

No contexto da comunicação entre os diferentes níveis da RAS, foram identificados como ponto de atenção os obstáculos enfrentados principalmente na comunicação entre o hospital e as UBS, evidenciando a necessidade de estratégias para facilitar essa troca de informações e garantir uma transição do cuidado eficaz.

QUADRO 12 – Síntese dos achados na categoria Fragilidade de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial e suas subcategorias (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Fragilidade de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial	Carência de conhecimento clínico dos profissionais da APS	<p>“[...] um paciente DPOC, que é uma doença que todo mundo deveria saber, mesmo a atenção básica. Chega lá, o médico não sabe atender, não sabe manejar adequadamente, não prescreve a medicação do jeito correto. [...]o paciente fica mal manejado, exacerba, fica ruim e acaba retornando.” (Profiss. N)</p> <p>“[...] o conhecimento mínimo adequado da doença crônica que o paciente porta pelo médico de atenção primária e acesso a exames que eventualmente precise para acompanhamento.” (Profiss. O)</p> <p>“[...] A nossa população, que é uma população mais grave, doenças muitas vezes específicas.” (Profiss. P)</p> <p>“[...]manejo clínico, de elucidação de diagnóstico” (Profiss. J)</p> <p>“[...]O paciente vinculado há muito tempo, que tem um problema muito complexo, [...] é muito difícil de devolver. A atenção primária diz que não pode atender mesmo.” (Profiss. D)</p> <p>“A gente pode capacitar [...] são coisas bem objetivas, assim eles vão saber paciente que não está bem, eles vão saber [...] e a gente sempre está disponível também para ajudar.” (Profiss. S)</p>	73
	Falta de conhecimento dos recursos da RAS	<p>“[...] a gente já discutiu aqui em alguns casos, não exatamente de doenças crônicas, mas outros casos, que não sabia que aquilo poderia ter, poderia ser feito em uma unidade de saúde. (Profiss. L)</p> <p>“Entender o que é disponível na unidade de saúde, quais os recursos que têm via unidade de saúde [...].” (Profiss. M)</p> <p>“[...]Santa Felicidade tem um bom atendimento [...] a gente sabe que lá tem um bom atendimento [...] outros lugares que infelizmente não tem condição[...] é o conhecimento da área de atuação onde os postos têm condições de atender.” (Profiss. Q)</p>	101



CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
	<p>Falta de conhecimento dos recursos da RAS (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>“Eu conheço os CAPS de Curitiba, conheço as pessoas referências. Não conheço as unidades básicas, mas conheço a distribuição das unidades básicas do distrito. E isso acho que é imprescindível. Porque quando se conhece a rede, conhece um pouco a característica do distrito, isso é bastante importante.” (Profiss. W)</p> <p>“A gente precisa conhecer também os lugares para onde a gente está encaminhando. Entender que aquele local vai atender melhor a demanda do paciente. [...] Precisa conhecer que serviços tenho na comunidade, no município, conhecer a rede.” (Profiss. X)</p> <p>“Embora você pertença a um sistema de rede que é hierarquizado. No entanto, cada um tem uma especificidade [...] você não consegue mandar na APS. A APS não consegue mandar aqui.” (Profiss. D)</p>	
<p>Fragilidade de conhecimento para uma ambulatório adequada alta ambulatorial (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>(Des) Conhecimento do processo de contrarreferência</p>	<p>“Eu desconheço. Eu não sei se é feito ou não.” (Profiss. L)</p> <p>“Não sei se os processos são claros também, porque teria que preencher, eu nunca acesso. Como é que se faz uma contrarreferência? Já fiz algumas, mas tem que preencher algum documento, não sei onde. Eu não sei se esse processo é totalmente claro para nós, assim, eu acho.” (Profiss. N)</p> <p>“[...] a gente discute o caso, vê se está estável, se não é um caso mais complicado, que tem condições do médico da unidade acolher e faz a contrarreferência no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Tem uma contrarreferência, [...] o paciente segue o atendimento na unidade de saúde.” (Profiss. P)</p> <p>“[...] É o que a gente faz dos pacientes que recebem alta, assim que eles recebem alta médica, eles passam por uma consulta de enfermagem. A gente faz a orientação dessa alta para ele. Até às vezes que os pacientes, eles acabam vindo para essa consulta com já com a cartinha dessa contrarreferência do médico.” (Profiss. W)</p> <p>“Pensando que vem muitos profissionais novos, residentes principalmente, em cada vez que esses residentes chegassem, eles recebessem uma orientação.” (Profiss. L)</p> <p>“No ambulatório específico, onde eu trabalho não há esse serviço [...] de contrarreferência, por serem a maioria dos pacientes acompanhados cirúrgicos.” (Profiss. Z)</p>	76

Fonte: Autora (2024).

A categoria Fragilidade de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial é composta por três subcategorias: carência de conhecimento clínico dos profissionais da APS, falta de conhecimento dos recursos da RAS e (des) conhecimento do processo de contrarreferência.

Em relação a carência de conhecimento clínico dos profissionais da APS, foram identificadas preocupações com a capacidade dos médicos da APS em manejar adequadamente doenças crônicas, como a DPOC, por exemplo, além da realização de diagnósticos precisos. Além disso, destacou-se a importância de garantir o acesso a exames e tratamentos necessários para o acompanhamento adequado das pessoas. Contudo é importante ressaltar que os dados deste estudo são resultantes apenas da perspectiva da atenção especializada.

Quanto à falta de conhecimento dos recursos da RAS, surgiram comentários sobre a necessidade de familiaridade com os recursos disponíveis nas UBS e com os serviços oferecidos em diferentes áreas geográficas, visando garantir encaminhamentos eficazes e a continuidade do cuidado.

Verifica-se que o conhecimento do processo de contrarreferência não é totalmente disseminado entre os profissionais, pois alguns informam que realizam a contrarreferência enquanto outros relataram desconhecimento sobre os procedimentos e os documentos necessários para realizar essa etapa fundamental no processo de alta ambulatorial. Também se percebe a preocupação com os novos residentes que desconhecem o processo da contrarreferência.

Foram realizadas algumas sugestões a fim de contribuir com a gestão da alta ambulatorial como capacitação dos profissionais da APS, para atendimento dos pacientes contrarreferenciados pelo ambulatório, desenvolvimento de protocolos acessíveis a todos os níveis da RAS, além de orientações sobre a contrarreferência para os residentes que ingressam no CHC-UFPR.

QUADRO 13 – Síntese dos achados na categoria Critérios para a alta ambulatorial e suas subcategorias (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Critérios para alta ambulatorial	Estabelecimento de critérios para a alta ambulatorial	<p>“[...] muitos pacientes que não apresentavam critérios para permanecer em atendimento com a especialidade, podendo então receber alta do ambulatório e continuar o tratamento da APS.” (Histórico Gestão de Alta Ambulatorial)</p> <p>“Na maioria das vezes é assim: a gente avalia o paciente, vê quem são aqueles que têm doenças menos graves e que têm todas as medicações disponíveis e exames disponíveis para seguir na unidade de saúde, faz contrarreferência e dá alta do ambulatório.” (Profiss. M)</p> <p>“Tem os critérios [...] tem os gerais e os específicos dentro das especialidades.” (Profiss. D)</p> <p>“[...] complexidade do paciente, ter certeza de que se ele vai ter o acompanhamento que ele precisa e se não precisa de um de um especialista, por se ser paciente [...] com outras comorbidades ou comorbidades mais complexas.” (Profiss. U)</p> <p>“Quais são os pacientes que vão ficar? Quais são os que vão embora?” (Profiss. H)</p> <p>“Vai sair os critérios gerais, né? Paciente né, estável, em uso habitual de medicação e depois os critérios específicos dentro da reumato, da pneumo etc.” (Profiss. E)</p> <p>“Acho que depende da especialidade, na reumato é muito esse perfil [...] o paciente que chegou, que veio errado, que passa em uma, duas consultas, alta. Mas na neuro tem dentro dos critérios de alta [...] estar estável no quadro e não ter mais alternativas. Então o cara já está aqui tratando há 2 anos e assim, não tenho mais como especialista para agregar. Você vai continuar com essa mesma medicação até o fim da vida. E não é um paciente que vai melhorar. Ele só vai piorar. Ele é super vinculado.” (Profiss. G)</p>	32

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Critérios para alta ambulatorial (CONTINUAÇÃO)	Pessoas com potencialidade para alta ambulatorial	<p>“A maioria dos pacientes que a gente acaba dando alta são pacientes que a gente tem certeza de que vão ser manejáveis pela unidade de saúde.” (Profiss. M)</p> <p>“Paciente que tem o conhecimento e sabe que precisa e tem o acesso, sabe [...] o caminho da coisa [...] é mais fácil.” (Profiss. O)</p> <p>“Os pacientes que voltam para a rede são pacientes bons, né. São os pacientes que estão redondos, então eles só têm que ser atendidos de 6 em 6 meses.” (Profiss. Q)</p> <p>“[...] Eles estão bem no geral, né, são pacientes que estão bem. Então esses eu acho que tem como fazer a contrarreferência.” (Profiss. S)</p> <p>“DPOC a gente chega num teto de tratamento que nós não temos mais o que... O paciente é grave, é grave, mas a gente não tem mais o que fazer de diferente.” (Profiss. N)</p>	80
	Pessoas que necessitam de suporte da atenção especializada para a continuidade do cuidado na APS	<p>“A gente atende pacientes com algumas doenças que são muito específicas e é difícil o médico da unidade de saúde fazer esse manejo.” (Profiss. P)</p> <p>“A gente tem muita dificuldade na nossa especialidade [...] o paciente da pneumo não tem cura [...] são todas doenças crônicas, de longa duração, que são evolutivas e que vão demandar tratamento sempre [...].” (Profiss. N)</p> <p>“[...] pela gravidade dos pacientes que a gente tem.” (Profiss. M)</p> <p>“Às vezes o paciente vai precisar de uma medicação mais específica, às vezes ele vai precisar de um material mais específico.” (Profiss. T)</p> <p>“além dessa referência para atenção primária, que são quando os pacientes estão numa condição melhorada, a gente tem também as contrarreferências dos pacientes que agravam o quadro e que precisam ir para o CAPS.” (Profiss. W)</p>	31

Fonte: Autora (2024).

A categoria Critérios para a alta ambulatorial composta por três subcategorias: estabelecimento de critérios para a alta ambulatorial; pessoas com potencialidade para alta ambulatorial; e pessoas que necessitam de suporte da atenção especializada para a continuidade do cuidado na APS, aponta para os questionamentos dos profissionais em relação a quais pacientes poderiam receber alta ambulatorial, além disso, são necessários critérios tanto gerais, aplicados a todas as pessoas, quanto critérios específicos, referentes a cada especialidade. Desse modo verifica-se a necessidade de estabelecer critérios que auxiliem na identificação de pessoas com potencialidade para a alta da atenção ambulatorial especializada para continuidade do cuidado na APS.

Nesse sentido, foram elencadas algumas condições, como: capacidade de manejo pela UBS após a alta ambulatorial, especialmente para pessoas com condições crônicas de saúde; pessoas com condições crônicas controladas; esclarecimento da pessoa em relação ao seu tratamento e do funcionamento do sistema de saúde. Salienta-se que, em alguns casos, mesmo pessoas com condições graves, como a DPOC, podem não necessitar mais do atendimento ambulatorial especializado para a continuidade de seu cuidado, pois atingiram o máximo benefício terapêutico disponível nesse nível de assistência.

Há casos que, com um suporte mínimo por parte dos níveis secundário e terciário (exames, orientação de manejo pela especialidade ao clínico da UBS, entre outros) poderão seguir seu acompanhamento na APS, mesmo com condições de saúde fragilizadas ou com maior dependência para a realização dos cuidados.

Por fim, as pessoas que precisam permanecer em acompanhamento ambulatorial são aquelas que possuem condição crônica de difícil manejo, que necessitam de recursos existentes na atenção especializada, não sendo possível seu acompanhamento na APS. Esses achados ressaltam a complexidade da gestão da alta ambulatorial que além da necessidade da definição de critérios para alta é indispensável considerar os recursos da RAS, a condição crônica de cada pessoa e, ainda, as suas necessidades e recursos individuais para possibilitar a adequada continuidade do cuidado.

QUADRO 14 – Síntese dos achados na categoria Dificuldades para a contrairreferência da pessoa do ambulatório para a APS e suas subcategorias (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Dificuldades para contrairreferência da pessoa do ambulatório para a APS	Cultura	<p>“[...] é muito importante o encorajamento do paciente [...] existe uma cultura em Curitiba de que o HC resolve tudo, né. E a pessoa não quer sair do HC por causa disso.” (Profiss. Q)</p> <p>“Porque eu acho que é uma coisa bem cultural, que o médico do posto não é bom, né? [...] dando essa segurança pro paciente, pra família, de que a gente está orientando o tratamento, que são médicos que estão junto com a gente [...]” (Profiss. S)</p> <p>“Existe um conceito de grande parte deles que eles não vão ser atendidos adequadamente na unidade básica de saúde.” (Profiss. T)</p> <p>“Acho que tem muito dessa coisa do pertencimento de vir e de ficar” (Profiss. V)</p> <p>“A gente acaba referenciando muito pouco os pacientes ali do ambulatório, [...] entende-se que todo paciente que está aqui no ambulatório[...] são pacientes que precisam de um atendimento terciário, digamos assim.” (Profiss. B1)</p>	23

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Dificuldades para contrarreferência da pessoa do ambulatório para a APS (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Fragilidades na organização da RAS</p>	<p>“[...] há unidades que não têm o hábito de checar as alterações no sistema E-saúde.” (Diário de campo 3)</p> <p>“[...] a ausência desse meio de campo, digamos, é um tudo ou nada, ou atenção básica, ou nós, no caso, hospital terciário, entra na complexidade.” (Profiss. M)</p> <p>“[...] falta especialista na ponta [...]. Falta um pouco mais de traquejo desse tipo de doença pelo médico que está lá.” (Profiss. N)</p> <p>“Às vezes os pacientes nos relatam: “Ah, eu não consigo renovar uma receita no posto; não tem médico no posto que é próximo a minha casa”, então torna mais difícil a gente fazer essa contrarreferência.” (Profiss. P)</p> <p>“Tenho pacientes que eu atendo há mais de três, quatro anos [...]. Porque eles não têm os materiais necessários para dar continuidade na assistência, então eu acabo fidelizando meu paciente no meu ambulatório, porque eles não conseguem dar o suporte necessário para o paciente.” (Profiss. R)</p> <p>“[...] o estado precisaria criar uma regulação ambulatorial [...] isso é um gargalo, a fila do estado é uma coisa que não existe ou se existe, é uma bagunça, onde tem pacientes que têm problemas que nem precisaria vir para cá e outros que têm doenças super graves, os colegas no interior [...] quer mandar para ser no terciário e não consegue.” (Profiss. O)</p> <p>“Você não acha consulta, entendeu? Não tem consulta.” (Profiss. D)</p>	<p>61</p>

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Dificuldades para contrarreferência da pessoa do ambulatorio para a APS (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Fragilidades na organização da RAS (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>“A própria estrutura da atenção primária, ela é muito desigual. Tem município que vai conseguir garantir a maior parte das unidades básicas, outros não.” (Profiss. G)</p> <p>“Acho que é importante colocar que a gente vai trabalhar nos fluxos diferentes, né? Quem que é paciente de Curitiba? OK, consegue fazer isso. Quem é do resto do estado do Paraná é outra coisa e quem é de outros estados vai ser outra. Vai ter três caminhos.” (Profiss. A)</p> <p>“[...] fala assim: “a gente não tem às vezes nem o clínico geral no posto”, porque falta isso. Então daí a gente fala assim, esse paciente não tem como não ter um segmento, então [...]a gente segura de retornar para a unidade básica de saúde.” (Profiss. U)</p> <p>“[...] eu já percebi assim que existe falhas, no e-Saúde, quando eu preciso encaminhar um paciente para o CAPS. A equipe de lá eles não têm acesso ao e-Saúde.” (Profiss. X)</p> <p>“Nas poucas vivências que tive, em que houve necessidade de contrarreferência, houve dificuldade sim. A gente precisou contrarreferenciar pacientes para administração de antibióticos e houve demora na resposta, por não ter ainda um processo padrão formulado para essa contrarreferência.” (Profiss. Z)</p> <p>“A própria estrutura da atenção primária, ela é muito desigual. Tem município que vai conseguir garantir a maior parte das unidades básicas, outros não.” (Profiss. G)</p> <p>“[...] depende do município que o paciente mora. Eu acho que Curitiba até a gente tem uma forma de fazer essa contrarreferência e ficar tranquilo de que o paciente pode voltar se ele precisar [...] quando o paciente é da região metropolitana e os demais fica complicado.” (Profiss. O)</p> <p>“Então assim, eu acho que tem dois segmentos os pacientes que vão para o município eu fico um pouco mais tranquila de dar alta para eles. [...] os que a gente dá alta estadual [...] eu fico bastante insegura às vezes de dar alta para os pacientes, porque eu tenho receio de eles não conseguirem retornar para a gente por conta da dificuldade, pois não existe na Secretaria do estado uma regulação, uma priorização. Então esses eu fico um pouco mais insegura assim.” (Profiss. S)</p>	



(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Dificuldades para contrair referência da pessoa do ambulatorio para a APS (CONTINUAÇÃO)	Insegurança da pessoa	<p>“[...]precisa ser assegurado para o paciente que ele vai ter o acompanhamento lá, porque acho que esse é o maior medo.” (Profiss. N)</p> <p>“Coisa mais difícil é depois que o paciente vincula, é você o mandar embora. Ele sente como uma ruptura. Ele sente como ele está sendo excluído do negócio [...]” (Profiss. D)</p> <p>“Quando a gente tem algum paciente que tem muita ansiedade, tem a tele consulta médica, que [...]nesse meio do caminho, marcar uma tele consulta médica pra ele ficar mais tranquilo em relação a continuidade do tratamento [...]” (Profiss. Q)</p> <p>“[...]Joutro lado do paciente, eles sempre ficam muito inseguros quando a gente diz que vai dar alta pra eles, no geral eles não querem ir porque eles acham que são bem cuidados aqui, que não serão com as orientações que a gente passa para o médico da UBS, das secretarias de saúde.” (Profiss. S)</p> <p>“[...] Me parece que o paciente fica um pouco perdido assim quando ele recebe alta daqui ele fica meio sem chão assim, sabe [...]” (Profiss. T)</p> <p>“[...] o vínculo deles aqui é tão grande e eles acreditam tanto no hospital em relação ao trabalho que eles vêm fora que eles não querem mais se desvincular.” (Profiss. J)</p>	51
	Insegurança do profissional	<p>“[...] a gente que tem essa impressão de que o paciente quando vai pra rede básica ele não tem o mesmo cuidado que a gente dá aqui.” (Profiss. N)</p> <p>“A gente tem dificuldade médica. Vamos começar por aí, então os médicos, eles têm um amor ali, né... pelo paciente. Então tem os pacientes de estimação que eles têm dificuldade de encaminhar de volta para a rede.” (Profiss. Q)</p> <p>“[...] tem a parte assim, médica minha, que é isso que os de Curitiba eu fico mais confortável de dar alta, porque eu sei que eles provavelmente vão chegar de novo pra gente se precisar.” (Profiss. S)</p>	43

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Dificuldades para contrarreferência da pessoa do ambulatório para a APS (CONTINUAÇÃO)	Insegurança do profissional (CONTINUAÇÃO)	<p>“Tem muito, muito paciente, na verdade que a gente tem dificuldade em querer retorná-lo para unidade de saúde [...] com várias comorbidades e que você percebe que provavelmente vai precisar de um especialista, então a gente acaba, não reencaminhando.” (Profiss. U)</p> <p>“Dificuldade é saber se lá ele realmente vai ter um bom atendimento.” (Profiss. Y)</p> <p>“[...] eu acho que o importante disto é mais o que dá de segurança tanto para o profissional, seja o médico ou enfermeiro, quanto para o paciente. Porque hoje um dos grandes problemas é eles não terem a segurança de soltar o paciente [...]” (Profiss. D)</p> <p>“[...] mas eu acho que tem muita resistência da gente por conta de ser um paciente que tem muito sintoma, mas a gente já não tem muito mais a oferecer. Então eu acho que tem muita resistência assim da gente e do próprio paciente, porque é um paciente doente.” (Profiss. S)</p>	

Fonte: Autora (2024).

A categoria Dificuldades para a contrarreferência do paciente do ambulatório para a APS constituída pelas subcategorias: cultura; fragilidades na organização da RAS; insegurança da pessoa e insegurança do profissional, evidenciou uma série de desafios a serem superados.

Os achados demonstram que a cultura predominante, em relação à assistência à saúde, no município de Curitiba, por exemplo, muitas vezes sugere que o CHC-UFPR é capaz de resolver todos os problemas de saúde, o que pode dificultar a aceitação pelo paciente da contrarreferência para a APS. Ainda no contexto da cultura, há uma percepção entre os profissionais de que o médico da UBS pode não oferecer o mesmo cuidado que o hospital oferece, o que contribui para a resistência dos profissionais da atenção terciária realizar a alta ambulatorial das pessoas com condições crônicas de saúde.

No que diz respeito às fragilidades na organização da RAS, as evidências encontradas demonstram que a falta de suporte para a média complexidade na RAS, dificulta a tomada de decisão e contribui para a retenção de pessoas em acompanhamento ambulatorial na atenção terciária. Além disso, a falta de profissionais e recursos nas UBS, bem como a desigualdade na estrutura da APS entre diferentes municípios, torna a promoção da continuidade do cuidado ainda mais desafiadora.

Pelas perspectivas dos participantes, tanto as pessoas quanto os profissionais expressam inseguranças em relação à qualidade do cuidado na APS, levando a uma relutância em concordar ou realizar a contrarreferência para esse nível de assistência. Essas dificuldades destacam a necessidade de abordagens mais integradas e estratégias para fortalecer a confiança tanto das pessoas quanto dos profissionais na APS, garantindo assim uma transição adequada do ambulatório para a APS.

QUADRO 15 – Síntese dos achados na categoria Recursos para uma adequada contrarreferência e suas subcategorias (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Recursos para uma adequada contrarreferência	Profissionais necessários	<p>“[profissional] desse um suporte, mesmo que fosse um suporte, por exemplo, anual ou intermediário. Entre as consultas da unidade de saúde e com o especialista.” (Profiss. M)</p> <p>“[...] ter alguém que seria a referência, [...] que é o médico que seria da família, que seria talvez o ideal das unidades básicas, que seria uma unidade de saúde da família. Que conhece as outras comorbidades, conhece os outros familiares e a questão familiar, acho que poderia ajudar também a fixá-los mais na unidade de saúde.” (Profiss. U)</p> <p>“[...] Disponibilização de especialista em centro não terciário [...].” (Profiss. N)</p> <p>“[...] teria que ter um bom clínico lá na ponta [...]. Não só o clínico, mas todo mundo que vai atender o paciente [...]. Para que ele tenha acesso, aos medicamentos, a uma boa consulta, que ele consiga manter o que a fez aqui, em outra instituição ou na unidade básica de saúde.” (Profiss. Y)</p> <p>“[...] ter um intermediário, equipe de gestão de alta ou algum outro profissional que consiga fazer o contato com a unidade de saúde.” (Profiss. T)</p> <p>“[...] talvez alguma fiscalização, alguém está de olho nesses pacientes, vê se eles não estão internando, se eles não estão com muita consulta não agendada na UBS ou muito frequente, né. Tipo assim, fica talvez alguma monitorização desses casos.” (Profiss. S)</p>	36

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Profissionais necessários (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>“o médico faz a contrarreferência, encaminha para mim [...] o que a gente faz é acompanhar esse paciente por 1 ano até ter certeza de que ele foi absorvido pela rede e não precisa retornar para o nosso serviço.” (Profiss. Q)</p> <p>“[...] a inserção dos enfermeiros que estão no ambulatório, no processo.” (Profiss. H)</p> <p>“[...] é importante ter um enfermeiro full time pra fazer essas contrarreferências, ter tempo pra ligar para as UBS, mas eu acho que é muito importante ter um enfermeiro que ele tem um olhar mais dinâmico para esses tratamentos.” (Profiss. R)</p> <p>“[...] esse modelo de gestão de alta a gente está pensando que não vai ter uma equipe para fazer isso. Isto nós vamos ter que descentralizar. Ai vai ser uma atribuição do enfermeiro ambulatorial, por isso que é bem importante que se tenha essa interconectividade com a rede, se não, não vai funcionar.” (Profiss. D)</p> <p>“Pode ser mesmo com a enfermeira [da UBS] essa consulta de pós-alta, para começar a vinculação lá de novo” (Profiss. A)</p>	

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)	Processos padronizados para a contrarreferência	<p>“A enfermeira responsável verifica diariamente o e-mail do serviço de gestão de alta ambulatorial em busca de novas altas encaminhadas pela especialidade.” (Diário de campo 02)</p> <p>“[...] quando há novas pessoas para contrarreferência é seguido um fluxo conforme a cidade de origem.” (diário de campo 03)</p> <p>“Com um fluxo bem estabelecido e acho que esclarecimentos de uma forma geral [...]” (Profiss. L)</p> <p>“Padronização do processo com [...] um formulário bem preenchido, bem completinho e que tivesse fácil acesso à orientação.” (Profiss. N)</p> <p>[...] precisa de um fluxo maior porque isso é muito dinâmico no ambulatorio. Tem muitas formas de chegar e de sair, de entrada e de saída. E muita complexidade envolvida, então, precisa de um macro, porque ela poderia enxergar o macro e dizer: “Ah, é por aqui que eu faço o caminho de volta.” E aí ela vai desdobrando isso até chegar lá.” (Profiss. B)</p> <p>“[...] fazer algum tipo de triagem, a cada 6 meses ou 3, dependendo da gravidade deles [...] dar uma olhada, como estão as consultas desses pacientes em UPA, em ambulatorio [...] se está tendo muita consulta, talvez aprofundar a análise, ver como está, se ele não precisa ser reencaminhado [...] o monitoramento eu acho, ter essa segurança, de que o paciente vai estar cuidado.” (Profiss. S)</p>	236

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Processos padronizados para a contrarreferência (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>“Pelo menos dentro da nossa especialidade, eu descreveria como um processo que não funciona ou que não existe” (Profiss. N)</p> <p>“[...] precisa ter um fluxo muito bem definido.” (Profiss. V)</p> <p>“[...] houve dificuldade sim, [...] ao contrarreferenciar pacientes para administração de antibióticos houve demora na resposta por não ter ainda um processo padrão formulado para essa contrarreferência.” (Profiss. Z)</p> <p>“Acho que se o processo deveria “startar”[iniciar] com o profissional que é o assistente.” (Profiss. B1)</p> <p>“[...] por falha no processo que a gente passa para especialidade e em algum momento eles falham lá. Eles não dão o papel da contrarreferência para o paciente. Não sinalizam claramente que ele tem que ir para o UBS e quando eu ligo que eu faço o retorno, o paciente não foi, o paciente não sabe. É uma falha no nosso processo.” (Profiss. E)</p>	

(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Instrumentos/ suportes relevantes para a segurança do processo</p>	<p>“[...] mapeamento dos processos de alta e contrarreferência ambulatorial, [...] listas com contatos das Secretarias Municipais de Saúde do Paraná, elaboramos os POP do serviço, os fluxos e o modelo de comunicação SBAR [...]” (Histórico Gestão de Alta Ambulatorial)</p> <p>“[...] elaboração de material educativo no formato de infográfico ou folder, para ser oferecido aos usuários que recebem alta ambulatorial da reumatologia do CHC-UFRP.” (Projeto material educativo alta ambulatorial reumatologia)</p> <p>“Não escopo: consulta de enfermagem; consulta/ teleconsulta médica; treinamento de familiares”. (Project Model Canvas Implantação do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial)</p> <p>“[...] a consulta de enfermagem é uma estratégia muito boa.” (Profiss. W)</p> <p>“Eu acho que viabilizar o exame é uma coisa mais simples de fazer [...]” (Profiss. N)</p> <p>“Esses equipamentos eles vão entrar também, por que você pode ter alguém precisando do SAD, os que chegam com oxigênio, com não sei o que, pode estar precisando e nem sabe que existe o SAD.” (Profiss. A)</p> <p>“[...] elaboração de procedimentos operacionais padrão, os pops, formulários, a planilha de controle, material educativo, protocolos.” (Profiss. H)</p>	<p>103</p>



(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)	Instrumentos/ suportes relevantes para a segurança do processo (CONTINUAÇÃO)	<p>“[...] eu acho que a consulta de enfermagem seria muito importante. Estamos pensando nessa, nessa possibilidade de ter uma consulta, é o que eu acho que vai melhorar bastante.” (Profiss. A1)</p> <p>“Ter o diagnóstico, ter as medicações, ter a conduta que a gente sugere. Acho que isso já é um ponto de partida.” (Profiss. P)</p> <p>“Sua consulta já está agendada no dia tal na unidade de saúde perto da sua casa.” (Profiss. D)</p> <p>“Essa consulta [já agendada para a UBS no momento da alta ambulatorial], eu acho que é uma estratégia muito boa para a gente poder tirar a ligação, porque hoje deu 30 dias da alta a gente liga, faz a teleconsulta.” (Profiss. G)</p>	

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Recursos para uma adequada contrarreferência (CONTINUAÇÃO)	Uso de tecnologias da informação e comunicação em saúde	<p>“[... pessoa] residente em Curitiba: a contrarreferência é realizada pelo E-saúde, com envio do resumo de alta por este sistema [...]” (Fluxo Alta médica e contrarreferência ambulatorial);</p> <p>“Talvez se a gente tivesse um sistema integrado, né? Porque aqui a gente dá um papel pro paciente. Se esse papel vai chegar lá, físico, não sei. [...] E realmente os sistemas digitais eletrônicos não unificados, acho que é uma coisa que dificulta.” (Profiss. O)</p> <p>“[...] uma questão de sistema, [...] as pessoas que estão nesse trabalho já tem acesso, ao e-Saúde, ao próprio AGHU [...]” (Profiss. V)</p> <p>“como a gente tem esse acesso ao e-Saúde e a gente acaba fazendo uma contrarreferência de enfermagem também[...].” (Profiss. W)</p> <p>“[...]acho que o e-Saúde é um instrumento seguro, desde que todos tivessem acesso [...]” (Profiss. X)</p> <p>“um banco de dados [...], saber o que acontece com esses pacientes catalogados [...]” (Profiss. M)</p> <p>“Eu faço teleatendimento, eu faço acompanhamento por WhatsApp. Eu tenho ali algumas datas que eu entro em contato com eles [...]” (Profiss. Q)</p> <p>“[...] E-saúde funcionaria bem, só que eu sinto uma dificuldade, porque E-saúde é mais voltado para a prefeitura de Curitiba e eu tenho muitos pacientes da região metropolitana [...] tem que criar um instrumento que sirva para todas as unidades, para todos os municípios da região metropolitana, não ficar somente em Curitiba. [...] acho que deveria ter um recurso tecnológico para a comunicação.” (Profiss. R)</p> <p>“[...] precisa ter o sistema do E-saúde, a contrarreferência escrita e o contato de telefone.” (Profiss. X)</p>	73

Fonte: Autora (2024).

A categoria Recursos para uma adequada contrarreferência, é composta por quatro subcategorias: profissionais necessários; processos padronizados para a contrarreferência; instrumentos/suportes relevantes para a segurança do processo; e uso de tecnologias da informação e comunicação em saúde. A análise desta categoria revela que para os participantes do estudo são necessários vários subsídios a fim de viabilizar a contrarreferência adequada do ambulatório especializado para a APS.

Em relação a recursos humanos dois posicionamentos merecem destaque, a necessidade de bons profissionais generalistas na APS e a existência de um profissional que faça uma ponte de comunicação entre os níveis de atenção, como um elo para facilitar a comunicação.

A implantação do Serviço de Gestão de Altas no CHC-UFPR preocupa-se em suprir a necessidade desta ponte entre os níveis da RAS. Ainda em relação a este serviço, observou-se preocupação no desenvolvimento de instrumentos e processos para o início das atividades, dentre os elementos destacam-se: mapeamento abrangente dos processos de alta e contrarreferência ambulatorial, compilação da lista de contatos das Secretarias Municipais de Saúde do Paraná, elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para o serviço, definição dos fluxos e desenvolvimento de instrumentos como formulários, planilhas e material de orientações para as pessoas em acompanhamento ambulatorial.

A padronização dos processos, fluxos e o monitoramento dos casos são apontados como medidas essenciais para garantir uma transição eficaz e segura das pessoas para a APS. A consulta de enfermagem foi apontada como instrumento de grande relevância para a consolidação segura e eficaz do processo de contrarreferência. Contudo, é importante destacar que, no Serviço de Gestão de Altas Ambulatorial do CHC-UFPR a consulta de enfermagem não está nas atribuições do enfermeiro, seu contato com as pessoas contrarreferenciadas ocorre após 30 dias da alta ambulatorial, por ligação telefônica, apenas para confirmar sua vinculação na UBS.

A disponibilização de recursos tecnológicos, como o acesso ao sistema E-saúde, é mencionada como estratégia fundamental para melhorar a comunicação e o monitoramento das pessoas entre diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, são identificadas dificuldades relacionadas à falta de integração entre sistemas digitais e à disponibilidade de recursos em diferentes regiões, evidenciando a necessidade de

investimentos em tecnologia e infraestrutura para fortalecer a gestão da alta ambulatorial e promover uma atenção mais integrada e eficiente.

QUADRO 16 – Síntese dos achados na categoria Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial e suas subcategorias (continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial	Educação para a alta ambulatorial	<p>“Os usuários que recebem alta do ambulatório, são orientados verbalmente quanto a vinculação da atenção primária, atividade física e outras estratégias para fortalecer a continuidade do cuidado. Porém, ficou evidenciado, em teleconsultas de enfermagem pós alta, que vários usuários se esquecem das orientações, o que fragiliza o acompanhamento pós alta.” (Projeto do material educativo alta ambulatorial reumatologia)</p> <p>“O Hospital de Clínicas atende pessoas com problemas graves de saúde e que precisam ser acompanhadas por especialistas bem de perto. Mas, no caso do(a) senhor(a) é possível ser acompanhado(a) pelo clínico geral da unidade básica de saúde.” (Projeto do material educativo alta ambulatorial reumatologia)</p> <p>“[...] desde que o paciente chega talvez, conversar sobre a possibilidade de permanecer aqui somente durante o tempo que for necessário. Já plantar essa sementinha de que um dia, ele vai voltar para a unidade.” (Profiss. N)</p> <p>“[...] muita educação em saúde [...]” (Profiss. P)</p> <p>“[...] são muitas informações desencontradas. Então, a gente fala uma orientação aqui, a paciente vai até UBS o enfermeiro fala de um outro contexto, e eu acho que o paciente fica nesse leva e traz.” (Profiss. R)</p> <p>“[...] acho que talvez de sentar e fazer a parte do pós alta, de ver medicação, de instruir, ver se ele entendeu bem o que que é para ele fazer [...]” (Profiss. U)</p> <p>“a gente consegue fazer todo o esclarecimento do paciente novamente. Orientar de que ele vai pra unidade básica, que vai ser acompanhado, que isso está tudo estipulado e de que existe a possibilidade de o médico acompanhar [...] então a gente explica tudo isso para ele, nessa consulta de enfermagem.” (Profiss. W)</p> <p>“[...] eu vou me assegurar que o paciente entendeu o que está acontecendo.” (Profiss. D)</p> <p>“[...] orientações que ele precisa receber, tanto do profissional que definiu essa alta ambulatorial quanto da parte da gestão de alta.” (Profiss. H)</p>	108

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
<p>Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial (CONTINUAÇÃO)</p>	<p>Coordenação da alta ambulatorial</p>	<p>“Ao receber a lista de pacientes com alta a enfermeira realiza todo o processo de contrarreferência estabelecido.” (Diário de campo 2)</p> <p>“[...] as atividades realizadas pelo enfermeiro da GAA, como alimentação dos dados no sistema, baixa do código de transação e ligação para o paciente em 30 dias após a alta ambulatorial.” (Histórico Gestão de Alta Ambulatorial)</p> <p>“Não sei se o enfermeiro teria algum papel nesse contato com a ponta lá. Não sei se é papel da enfermagem, ... de verdade, mas às vezes fazer esse contato com a ponta de lá [...].” (Profiss. N)</p> <p>“A gente aplica alguns questionários até a enfermagem nos ajuda com isto, ajuda a identificar o paciente.” (Profiss. P)</p> <p>“aqui a gente faz contrarreferência, não é só em caso de alta para a unidade de básica, a gente faz também para os CAPS, quando o paciente [...] está numa situação de intercorrência ou agravamento.” (Profiss. X)</p> <p>“Ele consegue identificar quais são as reais necessidades do paciente. Então ele consegue não somente uma parte do insumo, mas de um equipamento que o paciente vá precisar, por exemplo.” (Profiss. R)</p> <p>“[...] acho que o enfermeiro está mais junto, ele pode ajudar no sentido de iniciar esse processo também[...]durante a consulta de enfermagem[...] de uma visão assim... diferente da visão do médico, né. Então eu acho que o enfermeiro é bem importante nesse processo.” (Profiss. V)</p> <p>“[...] acho que isso fortalece bastante nosso trabalho de enfermeiro, porque os médicos acabam se convencendo dessa necessidade de ter esse trabalho voltado para atenção do paciente pelo enfermeiro.” (Profiss. W)</p> <p>“[...] ter um enfermeiro de referência nessa contrarreferência é muito importante.” (Profiss. R)</p> <p>“[...]num contacto com a regional, com a ou com a unidade daquele paciente, entender se existe uma condição mínima para absorver aquele paciente lá.” (Profiss. T)</p>	<p>177</p>

Fonte: Autora (2024).

A categoria Papel do enfermeiro na gestão de alta ambulatorial apontou que o enfermeiro desempenha um papel fundamental na gestão da alta ambulatorial, sendo dividida em duas subcategorias: educação para a alta ambulatorial e coordenação da alta ambulatorial.

Os profissionais destacam a importância da educação em saúde, fornecendo informações claras e orientações adequadas à pessoa sobre o seu cuidado pós-alta ambulatorial. Observou-se esta preocupação no serviço de gestão de alta ambulatorial com a proposta de elaboração de material educativo para a alta conforme a especialidade.

No que diz respeito ao enfermeiro, ele é reconhecido como um agente capaz de esclarecer dúvidas, instruir sobre medicações e procedimentos, garantindo que a pessoa compreenda as recomendações e esteja preparado para o acompanhamento na APS.

Na coordenação do processo de alta, o enfermeiro apresenta as competências necessárias a esta função, colaborando com a identificação das necessidades da pessoa, facilitando o contato com a equipe da APS e garantindo uma transição do cuidado segura e eficaz. A sua presença é vista como essencial para fortalecer o trabalho interdisciplinar e assegurar uma continuidade adequada do cuidado à pessoa após a alta ambulatorial.

QUADRO 17 – Síntese dos achados na categoria Práticas colaborativas e suas subcategorias		(continua)	
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	
		TOTAL DE CITAÇÕES	
Práticas colaborativas	Segurança para a promoção da continuidade do cuidado na APS	<p>“[...]informar que tudo que eles precisam, eles terão acesso lá, que o que eles recebem aqui, eles também vão receber lá.” (Profiss. L)</p> <p>“[...] a gente entra em contato com a unidade básica dizendo que ele está de alta daqui que ele vai continuar o segmento clínico por lá e faz a orientação de [...] agendar uma consulta para tentar vincular.” (Profiss. W)</p> <p>“[...] o objetivo nosso é garantir a continuidade do tratamento. Então a gente quer que ele receba alta aqui, mas que ele consiga retomar lá na unidade, no seu território, onde ele possa [...] continuar recebendo o atendimento [...].” (Profiss. X)</p> <p>“[...]cada vez mais a atenção primária, não vai poder ficar isolada desse processo[...].” (Profiss. D)</p> <p>“[...] do que é a responsabilidade de cada um. Uma é a nossa, outra é da atenção básica, e o paciente tem a responsabilidade dele.[...] A nossa terminou aqui, ali começa a da atenção básica e aqui começa do paciente.” (Profiss. A)</p> <p>“[...] saber se deu certo esse processo. Se esse paciente está inserido na ponta para tratamento, até por uma avaliação de controle dele. Controle de qualidade do que está sendo feito, e como isso está acontecendo.” (Profiss. N)</p> <p>“[...] para ver se o paciente realmente chegou aonde ele precisa chegar.” (Profiss. O)</p>	196



(continua)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Práticas colaborativas (CONTINUAÇÃO)	Trabalho em equipe	<p>“Em caso de necessidade de auxílio no manejo clínico [...] entre em contato com o Serviço de Gestão de Altas Ambulatorial [...] para teleatendimento síncrono (videochamada) ou assíncrono (texto/e-mail) de teleconsultoria médica.” (Documento Modelo mnemônico SBAR para alta médica)</p> <p>“[...] o profissional da atenção básica poderia tirar uma dúvida com um especialista [...] ter locais de apoio ao médico, não exatamente ao paciente, mas de apoio ao médico com os especialistas.” (Profiss. M)</p> <p>“[...] uma coisa que eu acho que é importante ter contatos lá dentro [...] então eu acho que isso é legal, porque aí quando não dá certo, eu mando mensagem [...].” (Profiss. Q)</p> <p>“De estarem atentos que se é um paciente que está exacerbando muito [...], de reencaminhar para a gente. [...] conscientizar eles deste fluxo duplo, né. Que eles não só encaminham, mas que eles podem receber pacientes, pós-alta ambulatorial e que eles podem encaminhar de novo. [...] Não é porque a gente deu alta que não pode mais encaminhar e de conscientizar de monitorar melhor os pacientes.” (Profiss. S)</p> <p>“Tenho que contrarreferenciar para não comprometer consultas novas com especialistas, né? [...] vai chegar uma hora que eu não vou contrarreferenciar, porque [...] não vou ter como contrarreferenciar. Qual vai ser a solução? Vai ser atender mais coisas na atenção primária.” (Profiss. D)</p> <p>“[...] a adoção de práticas colaborativas entre os pontos da rede de atenção que vão permitir a consolidação dos ajustes necessários para o funcionamento de todo o sistema.” (Profiss. H)</p>	161
	Protocolos conjuntos	<p>“a gente precisa trabalhar nos protocolos, em alguns protocolos conjuntos para algumas, algumas condições [...].” (Profiss. D)</p> <p>“[...] ontem eu tive um paciente que ele ia ser acompanhado pelo SAD do município. A enfermeira fez um diagnóstico, fez uma prescrição e eu não concordei. [...] então peguei o telefone dessa enfermeira pra gente alinhar a conduta, eu como enfermeiro especialista. Então eu não quis tirar a conduta da colega, mas eu vou conversar com ela.” (Profiss. R)</p>	41

(conclusão)

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Práticas colaborativas (CONTINUAÇÃO)	Protocolos conjuntos (CONTINUAÇÃO)	<p>“[...] essa segurança pro paciente, pra família, de que a gente está orientando o tratamento, que são médicos que estão junto com a gente.” (Profiss. S)</p> <p>“[...] que se mantenha mesmo os mesmos padrões de atendimento, os mesmos parâmetros que a gente quer aqui, lá na unidade básica.” (Profiss. Y)</p> <p>“[...] Os resultados e acho que, além da descrição que a gente pode fazer do quadro, do tratamento, se o pessoal da unidade básica de saúde pudesse ter acesso a um mínimo dos nossos exames ou dos laudos que seja, eu acho que facilitaria muito pra encaixar isso depois [...]” (Profiss. T)</p>	

Fonte: Autora (2024).

A categoria Práticas colaborativas evidencia a importância da adoção destas práticas entre os diferentes pontos da RAS. A análise foi composta por três subcategorias: segurança para a promoção da continuidade do cuidado na APS, trabalho em equipe e protocolos conjuntos.

No sentido de garantir a segurança para a continuidade do cuidado na APS, destaca-se a importância de um trabalho conjunto na identificação das necessidades da pessoa e na garantia de que ela receba o acompanhamento adequado após a alta ambulatorial. Os profissionais ainda enfatizam a necessidade de comunicação eficaz entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, a troca de informações sobre a pessoa e a adoção de práticas alinhadas e padronizadas. Nesta perspectiva, alinham-se as demais categorias diante da necessidade de estabelecer protocolos conjuntos e de trabalhar em equipe para assegurar uma transição eficiente da pessoa para a APS. Protocolos compartilhados, comunicação eficaz e práticas colaborativas são fundamentais para o alcance da continuidade do cuidado.

QUADRO 18 – Síntese dos achados na categoria Corresponsabilização da pessoa e/ou familiar para o autocuidado

CATEGORIA	EXEMPLOS	TOTAL DE CITAÇÕES
Corresponsabilização da pessoa e/ou familiar para com o autocuidado	<p>“[...] pessoa] residente em outro município do estado, o resumo de alta é entregue a pessoa ou ao familiar [este deve entregar na consulta na UBS].” (Diário de campo 03)</p> <p>“A necessidade de o paciente estar comprometido com o seu tratamento e assumir seu papel como responsável por sua saúde é essencial para o sucesso da continuidade do cuidado.” (Diário de campo 3)</p> <p>“O(a) senhor(a) precisa agendar uma consulta na unidade básica de saúde perto de sua casa, para continuar o seu tratamento.” (Projeto material educativo alta ambulatorial reumatologia)</p> <p>“[...]você ter uma outra pessoa [familiar] que sirva de apoio, que você possa dividir um pouco das informações e das responsabilidades eu acho que é fundamental [...]” (Profiss. T)</p> <p>“[...] agora do que é a responsabilidade de cada um. Uma é a nossa, outra é da atenção básica, e o paciente tem a responsabilidade dele, com o tratamento dele. [...] A nossa terminou aqui, ali começa a da atenção básica e aqui começa do paciente.” (Profiss. A)</p> <p>“Talvez até pensar em quanto tempo depois a gente vai fazer essa ligação porque tem a corresponsabilização do paciente também, né? Quando é dado alta, é dado todas as orientações [...]” (Profiss. G)</p> <p>“[...] eu acho que essa é a parte mais difícil, sabia? Porque o paciente que vem pro HC, ele não quer ir embora. Ele quer ficar aqui.” (Profiss. V)</p> <p>“O familiar que está ali o tempo todo. Então quando ele está sempre, é como se ele fosse assim um corresponsável ali, junto com a gente. [...]” (Profiss. X)</p> <p>“Eu acho que não sei se conseguiria fazer uma reunião, falar realmente o que o paciente, qual é o papel do paciente, qual o papel familiar. Mas tem que ter o envolvimento desses pacientes e desses acompanhantes.” (Profiss. R)</p>	36

Fonte: Autora (2024).

A categoria Corresponsabilização da pessoa e/ou familiar para com o autocuidado evidencia a importância da corresponsabilização da pessoa para com o autocuidado durante o processo de alta ambulatorial. Profissionais destacam a necessidade de clareza quanto às responsabilidades de cada parte envolvida: a equipe de saúde, a atenção básica e a própria pessoa. A transição bem-sucedida requer uma compreensão mútua das obrigações e um engajamento ativo da pessoa e, muitas vezes, de seus familiares. Isso inclui a entrega e o entendimento das orientações fornecidas, a cooperação na manutenção do tratamento e a busca por apoio quando necessário. No entanto, os desafios surgem quando a pessoa enfrenta dificuldades cognitivas, limitações de compreensão ou uma relutância em deixar o ambiente hospitalar. Nenhuma estratégia, por melhor que seja, será capaz de viabilizar a continuidade do cuidado sem o protagonismo da pessoa em seu tratamento.

#### 4.3 PRODUTOS DAS OFICINAS

As oficinas foram realizadas com o objetivo de envolver os profissionais da instituição na proposta do estudo. Cada uma das oficinas realizadas teve um objetivo e foi estruturada a partir dos resultados da discussão anterior, conforme segue:

- Oficina de alinhamento: promover uma convergência de condutas entre a equipe do serviço de gestão de alta ambulatorial e a pesquisadora, visando unir esforços para aprimorar os processos em questão.
- Oficina de definição dos macroproblemas: o foco foi na identificação dos principais desafios enfrentados pela instituição no que diz respeito à assistência ambulatorial de pessoas com doenças crônicas.
- Oficina de apresentação do projeto: com a participação da equipe de gestão de alta ambulatorial e profissionais de áreas ligadas à assistência e regulação. Foi necessário fornecer uma introdução detalhada sobre o projeto proposto e ajustar os pontos iniciais com base nas contribuições coletivas.
- Oficina de discussão dos fluxos do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial: reunimos a equipe para discutir os fluxos existentes no serviço para a proposta de melhorias.

- Oficina de discussão do fluxo de gestão de alta ambulatorial: reunimos membros da equipe responsável pelo processo para analisar e aprimorar o fluxo de trabalho existente, identificando oportunidades de otimização e solução de eventuais problemas. Durante a oficina, foram analisados os diferentes passos do fluxo, discutidas possíveis melhorias e feitas adaptações conforme necessário, garantindo que o processo seja eficiente, compreensível e alinhado com os objetivos da instituição.
- Oficina de validação do fluxo de gestão de alta ambulatorial: os membros da equipe se reuniram para revisar e validar o fluxo de trabalho proposto para o processo de gestão de alta ambulatorial.

Como resultado prático das oficinas, foram construídos três fluxos: um fluxo do processo<sup>20</sup> de gestão de alta ambulatorial e dois fluxos referentes a subprocessos<sup>21</sup> inseridos no macroprocesso. Os fluxos foram construídos utilizando o aplicativo *Bizagi Modeler* versão 4.0®. O *Bizagi Modeler* é um *software* de modelagem de processos de negócio com base na notação BPMN<sup>22</sup>. Ele oferece a capacidade de criar fluxogramas, diagramas e mapas de processo. Facilita o mapeamento intuitivo de processos e permite a criação e publicação da documentação do processo (Bizagi, 2024). A FIGURA 3 ilustra o processo da gestão de alta ambulatorial.

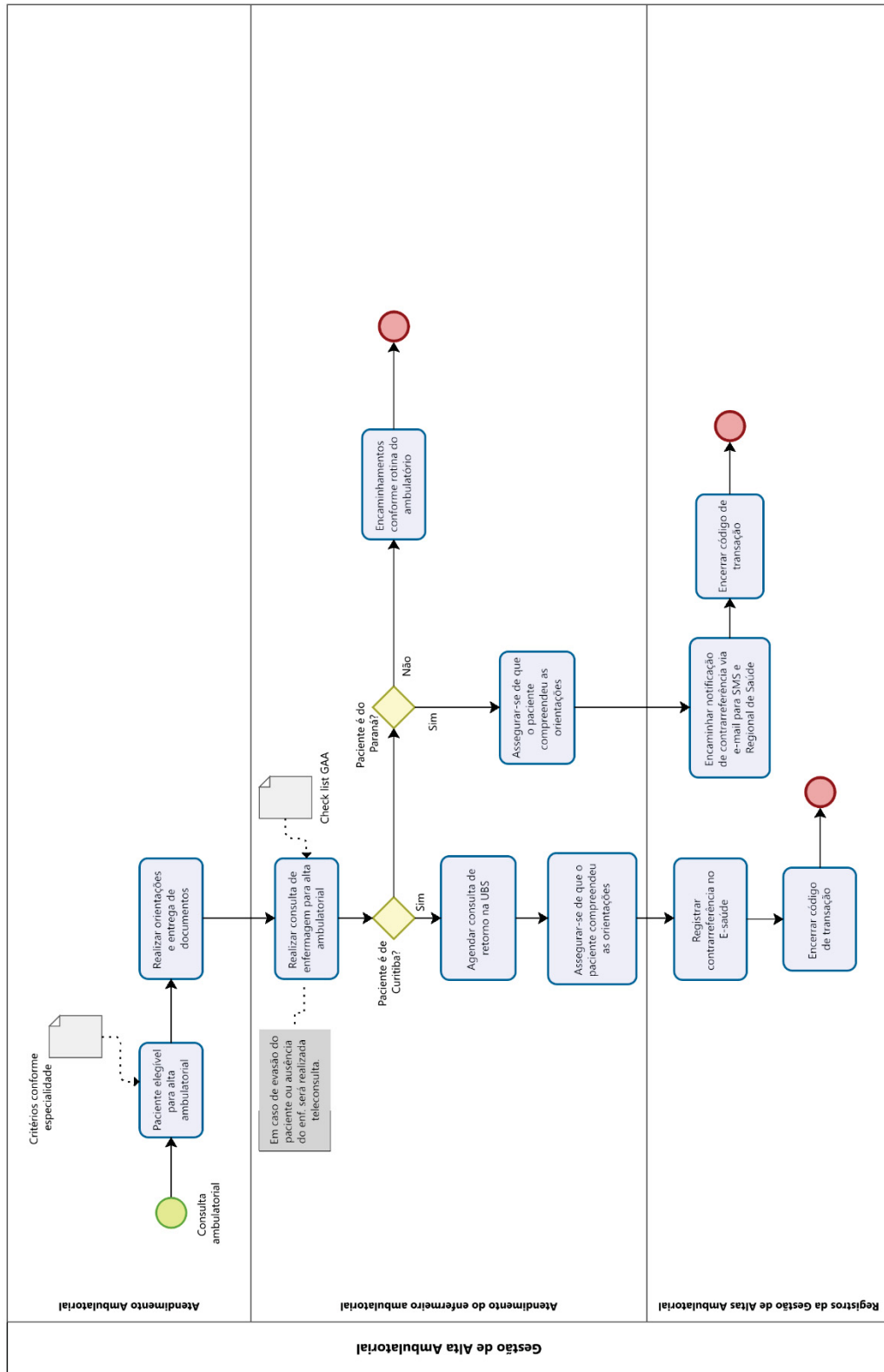
---

<sup>20</sup> Conjunto de atividades interdependentes, ordenadas no tempo e espaço de forma encadeada, que ocorrem como resposta a eventos e que possui um objetivo, início, fim, entradas e saídas bem definidos. Essas atividades são geralmente interfuncionais ou interorganizacionais que trabalham juntas para criar um produto ou serviço final (ABPMP, 2013).

<sup>21</sup> Decomposição de um processo de negócio por afinidade, objetivo ou resultado (ABPMP, 2013).

<sup>22</sup> Conjunto de padrões gráficos que especificam símbolos usados em diagramas e modelos de processos. Permite modelar diferentes aspectos de fluxos de processos e fluxos de trabalho. Além da padronização de símbolos, BPMN busca uniformizar a terminologia e técnica de modelagem. A partir da versão 2.0, possui também um formato padrão XML que permite o intercâmbio do desenho de processo entre diferentes ferramentas (ABPMP, 2013).

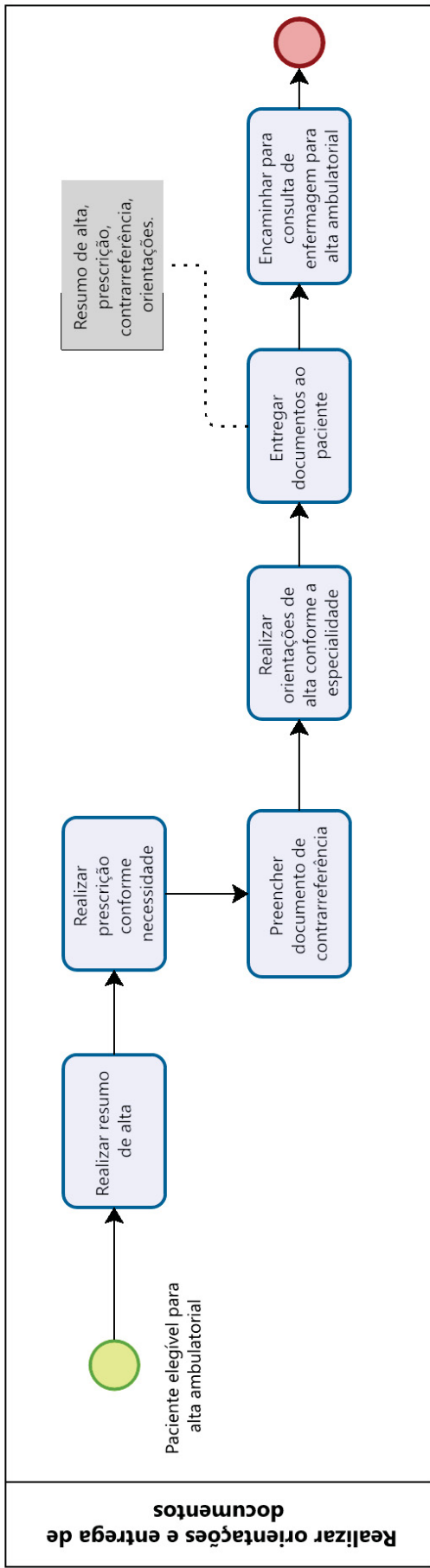
FIGURA 3 – Fluxo do processo de gestão de alta ambulatorial



O processo de gestão de altas ambulatoriais é dividido em três grandes momentos: atendimento da especialidade, atendimento do enfermeiro ambulatorial e registro da gestão de alta ambulatorial. O primeiro momento, atendimento da especialidade, inicia-se em uma consulta ambulatorial de rotina na especialidade. Ao realizar a avaliação da pessoa, seja em uma primeira consulta ou em uma consulta de retorno, o profissional da especialidade identifica que a pessoa apresenta condições de alta ambulatorial para acompanhamento na UBS. Essa conclusão é fundamentada na anamnese, exame físico, exames e critérios de alta ambulatorial conforme cada especialidade médica ou multiprofissional. Ainda no atendimento da especialidade, é necessário que o profissional realize as orientações e entregue à pessoa os documentos referentes à alta. Por se tratar de um ponto de grande importância, esta etapa do fluxo foi descrita em um subprocesso para possibilitar um melhor detalhamento das atividades que a compõem. A FIGURA 4 ilustra detalhadamente o atendimento da especialidade na realização de orientações e entrega de documentos.



FIGURA 4 – Fluxo do subprocesso realizar orientações e entrega de documentos

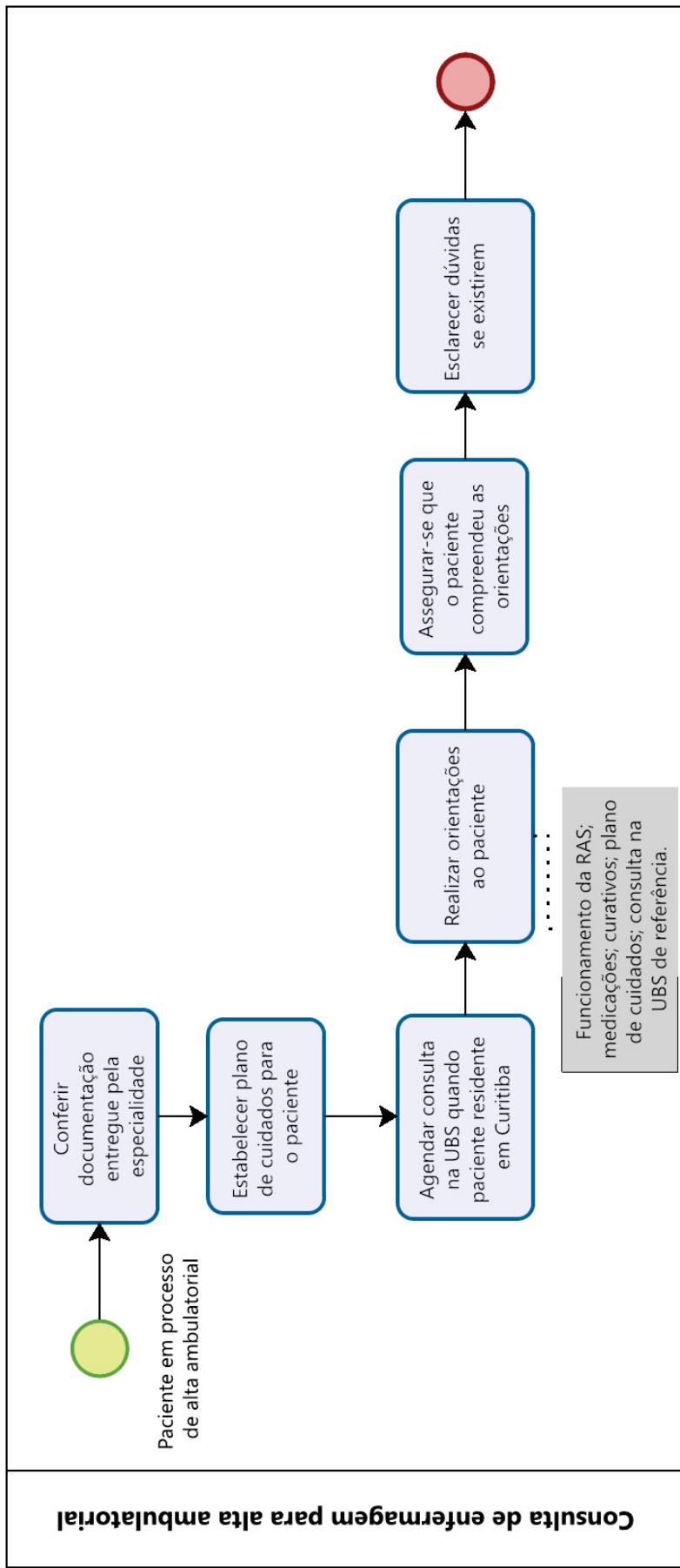


Fonte: Autora (2024).

Neste subprocesso, são detalhados os documentos que precisam ser elaborados pelo profissional e entregues durante a orientação para a pessoa em atendimento, além das etapas principais para a sequência do processo de gestão de alta ambulatorial, sem as quais o mesmo não aconteceria: o encaminhamento para a consulta de enfermagem para alta ambulatorial.

Nesta etapa, conforme o fluxo apresentado na FIGURA 3, tem início o segundo momento: atendimento do enfermeiro ambulatorial, com a realização da consulta de enfermagem. A FIGURA 5 detalha as etapas da consulta de enfermagem para a alta ambulatorial, considerada o ponto essencial para o sucesso de todo o processo.

FIGURA 5 – Fluxo do subprocesso consulta de enfermagem para alta ambulatorial



As etapas evidenciadas no subprocesso "Consulta de enfermagem para alta ambulatorial" estão relacionadas a pontos sensíveis no processo de gestão de alta, os quais poderão influenciar de modo positivo ou negativo nos resultados do processo. A conferência da documentação entregue pela especialidade é implementada para garantir que todos os registros necessários foram devidamente realizados e estão disponíveis no sistema e/ou nos documentos físicos entregues. Desta forma os documentos entregues pela especialidade juntamente com o plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro, completam as informações de que a pessoa e os profissionais da rede necessitam para a manutenção do tratamento e possibilitar a continuidade dos cuidados na APS.

Dentre as propostas sugeridas nas discussões está a realização do agendamento da consulta de retorno na UBS pelo enfermeiro da atenção terciária, para pessoas que residem no município de Curitiba. Trata-se de uma prática já realizada na instituição em ambulatórios da maternidade, onde a mulher em puerpério sai do hospital com a consulta de retorno agendada em sua unidade de saúde. Tal prática necessita de acordos prévios com o gestor municipal e ainda não é realizada para outros municípios. A realização deste agendamento poderá contribuir com o processo de vinculação da pessoa com a unidade de referência potencializando as chances de consolidação do processo para a continuidade do cuidado. Nos municípios onde este agendamento não é possível, fica sob responsabilidade da pessoa a busca pelo agendamento da sua consulta de retorno.

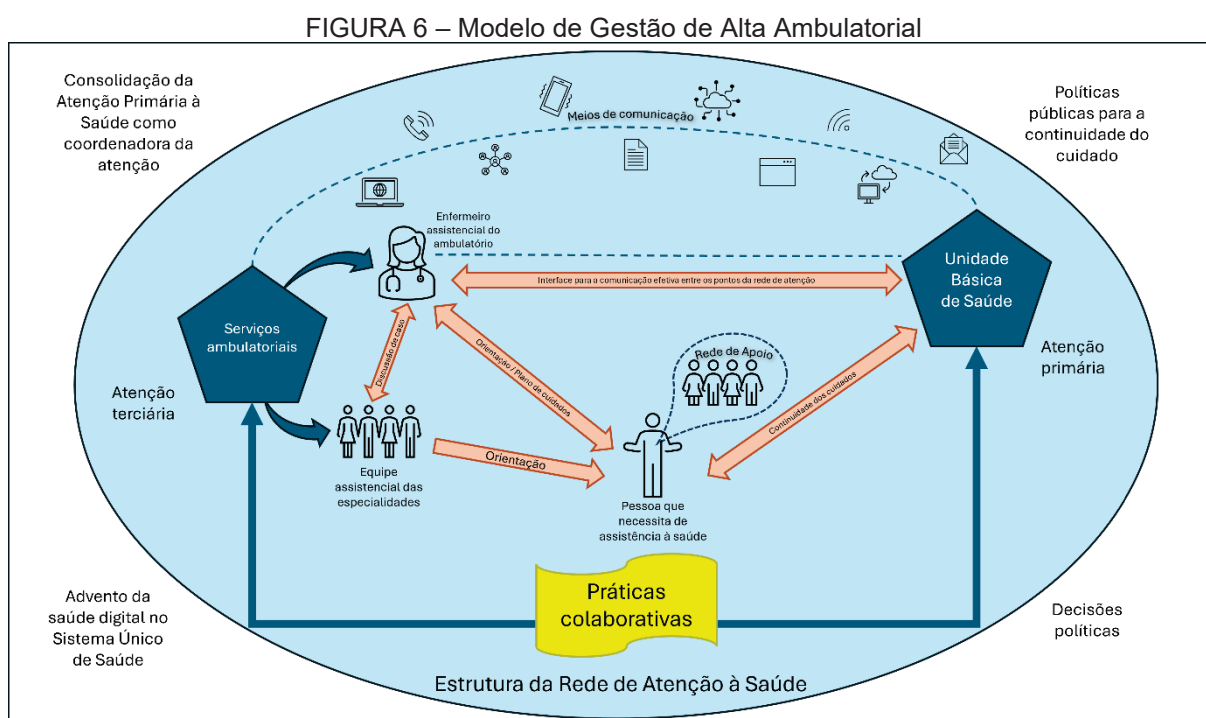
Ao realizar as orientações, o enfermeiro deve abordar os principais pontos relacionados à manutenção do tratamento como medicações, curativos, plano de cuidados e a consulta na UBS. Dependendo da situação, será necessário que o enfermeiro explique à pessoa e/ou seus familiares o motivo de receber alta da atenção terciária e como ocorre o funcionamento da RAS, para compreensão dos processos nos quais estão inseridos. É de extrema importância que o profissional se assegure de que as orientações foram compreendidas e oportunize que a pessoa e/ou familiares esclareça qualquer dúvida que possa existir.

O terceiro momento do processo de gestão de alta ambulatorial caracteriza-se por uma etapa administrativa que poderá ser realizada em momento diferente da consulta ambulatorial. Nesta etapa, são concluídos os registros para efetivar a contrarreferência nos sistemas utilizados com notificação às UBS, SMS e regionais

de saúde quando pertinente. O encerramento do código de transação encerra o processo.

#### 4.4 ENCONTRO DOS FATOS

Na última etapa da pesquisa ação, a fase de encontro dos fatos, resultante da análise dos dados oriundos da imersão na realidade, pesquisa documental, entrevistas e oficinas realizadas, proporcionou à pesquisadora uma profunda compreensão da realidade estudada, além de subsidiar os fundamentos para o Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial. A FIGURA 6 representa o Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial idealizado.



Fonte: A autora, 2024.

A construção deste modelo iniciou considerando a pessoa que necessita de assistência à saúde no centro do processo. Considerando que esta pessoa está em acompanhamento nos serviços ambulatoriais da atenção terciária, o modelo se desenrola para que ocorra um processo adequado de retorno para a UBS de sua referência com vistas à continuidade do cuidado. É necessário destacar que os profissionais de saúde, seja da atenção terciária ou da atenção primária, estão

disponíveis para oferecer suporte e atuar COM e não PARA a pessoa, ou seja ela deve ser sujeito ativo nas ações de todo o processo de cuidado.

A comunicação é elemento fundamental para a condução adequada dos processos da atenção à saúde, seja na relação dos profissionais com a pessoa e seus familiares ou rede de apoio, na relação entre os profissionais da mesma equipe ou da mesma instituição e entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. É importante ressaltar que a consolidação de uma interface para comunicação efetiva entre a atenção terciária e primária é o ponto crucial para o sucesso do processo. Nela, os meios de comunicação, o processo regulatório e os acordos organizativos são instrumentos fundamentais. Esses encontram-se representados pelos desenhos de meios de comunicação na extensão de uma linha pontilhada que liga um nível ao outro por intermédio do enfermeiro assistencial do ambulatório. Essa representação pontilhada abarca o significado de aprimoramento contínuo do processo de comunicação conforme as mudanças sociais e tecnológicas evoluem, assim como os arranjos organizativos do SUS, na RAS, em especial o sistema de regulação.

Tornar o enfermeiro assistencial do ambulatório o elo entre um ponto e outro da RAS poderá beneficiar a consolidação da continuidade do cuidado e dar visibilidade à prática deste profissional na assistência ambulatorial.

A adoção de práticas colaborativas é elementar para o alcance dos objetivos no processo de alta ambulatorial. Práxis necessária no desenvolvimento de todas as ações que permeiam o processo, está presente nas relações dos profissionais e a pessoa em acompanhamento, nas relações entre os profissionais em qualquer ponto da rede que estes se encontrem, nas relações entre a pessoa e sua rede de apoio e nas relações entre os diferentes níveis da RAS. Entretanto, sua existência depende quase que exclusivamente da boa vontade do profissional em se engajar, cabendo aos gestores estimularem o desenvolvimento de comportamentos colaborativos dos envolvidos em todo o processo.

É importante considerar que este modelo só será possível mediante sua incorporação em políticas públicas voltadas à consolidação dos processos assistenciais no SUS e dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Além disso, para a operacionalização deste modelo, alguns subsídios são imprescindíveis, como o estabelecimento de critérios de alta ambulatorial conforme a especialidade, a participação do enfermeiro ambulatorial como protagonista do

processo de gestão de altas ambulatoriais, a conscientização da pessoa em acompanhamento acerca da responsabilidade com a própria saúde, a contrapartida da rede em possibilitar o agendamento da consulta de retorno na UBS pelo enfermeiro da atenção especializada e a adoção de práticas colaborativas entre todos os níveis da rede de atenção.

A seguir, no Quadro 19 apresenta-se a síntese dos resultados da pesquisa em relação aos objetivos propostos.

QUADRO 19 – Síntese dos resultados da pesquisa relacionados aos objetivos propostos

OBJETIVO	RESULTADOS
Identificar as principais dificuldades para a contrarreferência ambulatorial de pessoas com condições crônicas de saúde na perspectiva dos profissionais da assistência ambulatorial especializada	As dificuldades para a contrarreferência ambulatorial foram evidenciadas em diversas categorias apresentadas, sendo elas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comunicação profissional e interprofissional</li> <li>▪ Fragilidade de conhecimento para uma adequada alta ambulatorial</li> <li>▪ Critérios para alta ambulatorial</li> <li>▪ Dificuldades para a contrarreferência da pessoa do ambulatório para a APS</li> </ul>
Identificar os instrumentos e suportes necessários para viabilizar a contrarreferência segura da atenção ambulatorial especializada para a APS com foco na continuidade do cuidado	Os instrumentos e suportes para a contrarreferência ambulatorial segura foram evidenciados nas categorias: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Critérios para alta ambulatorial</li> <li>▪ Recursos para uma adequada contrarreferência</li> <li>▪ Papel do enfermeiro para uma adequada contrarreferência</li> <li>▪ Práticas colaborativas</li> </ul>
Construir o fluxograma do processo de Gestão de Alta Ambulatorial com ênfase no papel do enfermeiro	O fluxograma foi construído sendo resultado final das oficinas e apresentado na Figura 3.
Propor um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial, tendo a continuidade do cuidado como fundamento e o enfermeiro como coordenador deste processo.	O modelo de gestão de alta proposto foi apresentado na Figura 6.

Fonte: A autora, 2024.

## 5 DISCUSSÃO

Durante esta etapa da pesquisa, os resultados alcançados são analisados em relação à literatura existente sobre o assunto, com o objetivo de identificar semelhanças ou discrepâncias. Esta análise visa enriquecer o conhecimento existente e garantir que os resultados estejam alinhados com o escopo do estudo.

Em relação a caracterização dos participantes, verifica-se que tanto na fase 1 quanto na fase 2 da pesquisa, a maioria eram enfermeiros e do sexo feminino o que vai ao encontro do perfil da Enfermagem no Brasil (Machado, 2017). Verifica-se os estudos acerca da gestão da alta realizada no Brasil os participantes são comumente enfermeiros, pois são eles os responsáveis por coordenar o processo da alta hospitalar (Bernardino *et al.*, 2022a).

A análise de conteúdo trouxe à luz elementos importantes a serem considerados na elaboração do modelo idealizado. A comunicação interprofissional e interpessoal efetiva emerge como um elemento crucial para a gestão da alta ambulatorial, tanto entre os profissionais de saúde e as pessoas, quanto entre os próprios profissionais da instituição e entre os profissionais de diferentes níveis da RAS. Essa comunicação abrange a troca de informações essenciais para o cuidado da pessoa, considerando seu contexto passado, presente e planos futuros. O intercâmbio de informações é identificado como vital para garantir a continuidade do cuidado e uma coordenação eficaz. A falta de comunicação entre profissionais de saúde e pessoas/famílias resulta em uma falha na continuidade do cuidado (Freitas; Moreira; Brito, 2014; Utzumi *et al.*, 2020; Almeida, 2021; Oliveira; Silva; Souza, 2021a).

Santos *et al.* (2022) reforçam que o sucesso para a continuidade do cuidado, assim como uma coordenação do cuidado efetivas, estão diretamente relacionadas às relações entre os diferentes atores ao longo do percurso assistencial, na comunicação eficaz e na assistência interprofissional centrada nas necessidades das pessoas, assim como na superação dos desafios relacionados à estrutura da APS e na comunicação entre os equipamentos que compõem a RAS.

Falhas na troca de informações interprofissional contribuem para a duplicidade de atendimentos ou realização de exames desnecessários, enquanto as falhas na comunicação dos profissionais com as pessoas em acompanhamento contribuem



para a baixa adesão ao tratamento, favorecem a automedicação e incompreensão do seu papel como corresponsáveis pelo autocuidado (Freitas; Moreira; Brito, 2014; Acylino, 2021).

Em um estudo que avaliou a continuidade do cuidado, entre níveis de atenção, percebida por pessoas com condições crônicas de saúde em seis países latino-americanos, Ollé-Espluga *et al.* (2021) apresentam que as principais discontinuidades estão relacionadas à transferência de informações e no acesso à atenção secundária. Nos resultados divulgados, o Brasil apresenta os níveis mais baixos, entre os países analisados, em relação à continuidade de informação e na percepção das pessoas em relação à colaboração entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção.

Outro ponto de destaque relaciona-se ao a necessidade de os profissionais envolvidos no processo de alta ambulatorial ter conhecimento dos recursos das RAS e da contrarreferência. Profissionais bem informados sobre os procedimentos de contrarreferência, os recursos disponíveis na rede de atenção e as necessidades individuais dos pessoas estão mais bem preparados para garantir a transição do cuidado após a alta ambulatorial. A falta de conhecimento ou a compreensão inadequada desses aspectos pode dificultar a coordenação do cuidado e levar a desafios na continuidade do cuidado para as pessoas (Almeida, 2021).

Uma das preocupações para realizar a alta ambulatorial dos pacientes é a inferência da carência de conhecimento dos profissionais da APS em lidar com determinadas doenças crônicas, tanto do ponto de vista do conhecimento clínico como em relação ao acesso a exames e tratamentos necessários. Nesse sentido, Acylino (2021) aponta em seu estudo um certo desprestígio dos médicos generalistas e dificuldades para compreender sua atuação, que junto ao insuficiente reconhecimento pelos pares, caracterizam menor prestígio social e profissional dos trabalhadores da APS.

Desta maneira, quando o profissional enfrenta restrições em seu conhecimento técnico-científico para resolver os problemas de saúde da pessoa, uma vez que as demandas de saúde superam suas habilidades, ou seja, suas competências já foram totalmente utilizadas, é necessário o encaminhamento a outros pontos de atenção para assegurar a continuidade do cuidado de forma eficaz (Utzumi *et al.*, 2020).

A existência de critérios para a alta ambulatorial poderá contribuir na identificação de pessoas com potencial para a alta, ou ainda, dar subsídios aos profissionais para que em conjunto com a APS alinhem estratégias para viabilizar ações conjuntas, que permitam a alta de pessoas com condições complexas para acompanhamento na APS.

O Programa de Reabilitação Ambulatorial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) estabelece critérios de alta conforme a evolução no tratamento, após um período de seis a doze meses, cujo objetivo é padronizar e apoiar os profissionais na alta ambulatorial. Ao iniciar o processo de alta são considerados como critérios: objetivos atingidos, parcialmente atingidos, não atingidos, intercorrência, alta a pedido, dentre outros. (Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), 2022).

Uma das dificuldades para a contrarreferência da pessoa do ambulatório especializado para a APS relaciona-se à cultura existente de que este ambulatório oferece um cuidado mais apropriado do que outros níveis de atenção. O legado cultural e a concepção do Brasil em relação à APS vê principalmente como um conjunto de serviços de saúde pública voltados para a prevenção, educação e vigilância, com intervenção clínica apenas em casos de relevância epidemiológica. Houve alguns avanços em direção à promoção da saúde, mas ainda se observa uma certa 'aversão' à prática clínica que combinada ao foco na atuação sobre os determinantes sociais, acaba desviando as discussões da Saúde Coletiva do cuidado clínico, tanto na APS quanto na organização do atendimento especializado no SUS, refreando seu desenvolvimento (Tesser; Poli Neto, 2017; Acylino; Almeida; Hoffmann, 2021).

Em relação às dificuldades para a contrarreferência da pessoa do ambulatório especializado para a APS, observa-se a fragilidade da RAS, principalmente em relação ao acesso aos serviços de saúde. Possibilitar o acesso aos serviços de saúde é um mecanismo essencial para a promoção da continuidade do cuidado, permitindo o acompanhamento da condição de saúde conforme necessário (Gallo *et al.*, 2022). Os processos assistenciais apresentam fragilidades que dificultam a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação interconectados entre os níveis da RAS, conforme as necessidades da pessoa no momento oportuno (Hadas; Jorge, 2018). As barreiras organizacionais e obstáculos enfrentados pela pessoa na

busca por acesso ao atendimento de saúde e a transição entre os níveis da RAS precisam ser suplantadas com ampliação e qualificação da oferta de serviços prestados e incentivo à colaboração em rede no SUS (Schimith *et. al.*, 2019).

Outra dificuldade relacionada à contrarreferência da pessoa do ambulatório terciário para a APS consiste na insegurança tanto das pessoas quanto dos profissionais em relação à qualidade do cuidado na APS, ressaltando a necessidade de abordagens integradas e estratégias para fortalecer a confiança nesse nível de assistência. A percepção de que o cuidado na APS pode ser inferior ao recebido no hospital corrobora com a resistência à alta ambulatorial, tanto por parte dos profissionais como das pessoas em acompanhamento (Almeida, 2021; Guerra *et al.*, 2022).

A implementação de políticas públicas voltadas à consolidação da APS como coordenadora da RAS, capaz de promover uma abordagem integrada, centrada na pessoa e baseada em critérios claros e protocolos bem definidos, é essencial para garantir que as pessoas recebam o acompanhamento necessário após a alta, promovendo resultados de saúde superiores e reduzindo custos para o sistema de saúde como um todo (Belga; Jorge; Silva, 2022).

Conforme apontado por Utzumi *et al.* (2020), os serviços de nível terciário devem colaborar com a APS para proporcionar uma assistência mais eficaz, oferecendo ações especializadas para casos de maior gravidade clínica ou diagnóstico complexo. No entanto, sua pesquisa revelou que, em algumas circunstâncias, a APS se depara com demandas que poderiam ser resolvidas no primeiro nível de atenção, mas que acabam encaminhadas à alta complexidade pela falta de acesso a recursos terapêuticos e diagnósticos que necessitam.

Segundo Almeida *et al.* (2018), a APS forte se caracteriza como o nível de acesso aos serviços do SUS, tendo capacidade de resolução da maioria dos problemas de saúde, com integralidade, equidade e universalidade. Desta forma, a implementação de ampliação do escopo dos serviços providos pela APS, deve considerar a execução de procedimentos outrora executados na atenção hospitalar, a atuação de equipes multiprofissionais e o fortalecimento nas relações entre APS e os demais níveis da rede de atenção.

Ao considerar os recursos necessários para uma adequada contrarreferência do ambulatório especializado para a APS observa-se a importância de profissionais

qualificados e orientados à prática de colaboração em rede. Estudos demonstram as significativas contribuições do enfermeiro de ligação nas ações de transição e continuidade do cuidado da atenção hospitalar para o cuidado ambulatorial (Bernardino *et al.*, 2010; Ribas *et al.*, 2018; Aued *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020).

Além disso é necessária a implementação de processos e fluxos efetivos, apoiados por suporte assistencial adequado e otimização dos instrumentos para a gestão da alta ambulatorial. Neles a consulta de enfermagem aparece com destaque como instrumento para a gestão de alta ambulatorial e fundamental para o sucesso de todo o processo. A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro compreender e dar respostas às necessidades da pessoa. É uma oportunidade para a implementação das ações de cuidado, escuta das demandas, avaliação das condições de saúde físicas e psicoemocionais, estabelecer um vínculo com a pessoa/familiar e orientar (Machado; Andres, 2021).

A consulta de enfermagem deve ser uma prática sistematizada e cientificamente estruturada. Desta forma a comunicação e a documentação da prática de enfermagem são facilitadas, com o propósito de promoção, proteção e manutenção da vida, além de melhorar a qualidade da atenção prestada à pessoa, família e comunidade. Nas suas consultas o enfermeiro fornece materiais educativos, realiza palestras e incentiva os familiares para a continuidade do cuidado (Dantas; Santos; Tourinho, 2016; Ferreira *et al.*, 2020; Neves *et al.*, 2020).

Verifica-se ainda, que o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde é imprescindível para a gestão da alta hospitalar, sobretudo a adoção de sistema integrados. Mauro, Cucolo e Perroca (2021) destacam que a implementação de um sistema informatizado e integrado é fundamental para a melhoria do processo de contrarreferência e a integração entre os diferentes serviços da RAS, pois frequentemente a responsabilidade de transferir as informações recai sobre a pessoa ou seu familiar. Entretanto, estudos sobre a transição do cuidado apontam que uma das fragilidades é a ausência de sistemas informáticos integrados (Oliveira *et al.* 2021b; Aued *et al.*, 2023).

É necessário o adequado registro e uso dos dados para a assistência à saúde a fim de contribuir para a agilidade de acesso aos serviços de saúde, diminuir o tempo de espera, minimizar a necessidade de locomoção para consultas presenciais, favorecer o contato com os profissionais e o retorno da pessoa. Além disso, devem

corroborar no fortalecimento das orientações ao longo do percurso assistencial. Ademais, devem garantir a confiabilidade dos dados, a segurança e proteção das informações (Santan, 2020; García-Vivar *et al.*, 2022).

Em fevereiro de 2024, o Ministério da Saúde (MS), Ministério da Educação e Ebsers anunciaram o lançamento do edital para o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). O chamamento público visa credenciar instituições de saúde interessadas em utilizar o sistema eletrônico, que opera há uma década e é utilizado em 41 hospitais universitários federais. O AGHU oferece uma série de módulos, como internação, atendimento ambulatorial, estoque, exames e prontuário eletrônico, com adesão gratuita. Segundo o MS, a iniciativa representa um passo significativo na transformação digital da saúde pública, promovendo integração de dados e interoperabilidade. O projeto piloto está em curso no Hospital Federal de Ipanema, com previsão de expansão para outras unidades. Além de proporcionar economia e eficiência na gestão hospitalar, o AGHU contribui para a melhoria do SUS, oferecendo autonomia e eficiência aos gestores de saúde (MS, 2024b). Este talvez seja o início para a integração das informações entre os pontos da RAS no SUS; contudo, sua concretização ainda é longínqua e incerta.

No que tange a gestão de alta ambulatorial o papel do enfermeiro é essencial para a coordenação dessa alta, sobretudo por meio de ações educativas. Destaca-se que no contexto do modelo de gestão de alta ambulatorial proposto, considera-se que a pessoa possui um estreito vínculo com os profissionais de saúde da atenção terciária, o propósito é colaborar para que a pessoa consiga (re)estabelecer vínculos sólidos com os profissionais de saúde da APS, facilitando uma comunicação aberta e transparente, o compartilhamento de informações relevantes e a colaboração na tomada de decisões sobre o seu plano de cuidados. Isso inclui não apenas a transferência eficaz de informações clínicas, mas também o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito mútuo entre as partes envolvidas (Silva *et al.*, 2021; Viana *et al.*, 2023).

Para o alcance destes resultados, a orientação à pessoa e familiares destaca-se como prática essencial para garantir que estes alcancem o esclarecimento completo sobre seu tratamento, os cuidados pelos quais são responsáveis e obtenham um entendimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, incluindo os serviços disponíveis na rede para atender às suas necessidades. A educação em

saúde, embora seja uma prática que deve ser adotada por todos os profissionais, é uma das atividades na qual o enfermeiro se destaca (Silva *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2023).

Estudos demonstram que o enfermeiro desempenha papel de facilitador nas relações entre a família, outros profissionais e os serviços disponíveis na rede; indicam que as relações estabelecidas entre as pessoas em acompanhamento e os enfermeiros são percebidas como mais sólidas, íntimas e confiáveis, favorecendo a continuidade do cuidado (Brunello *et al.*, 2010; Mendes *et al.*, 2017; Bahr; Weiss, 2018; Oliveira *et al.*, 2021b; Aued *et al.*, 2019; Acylino; Almeida; Hoffmann, 2021).

A adoção de práticas colaborativas pelos diversos atores da RAS contribuirá para o alcance dos objetivos comuns e implementação efetiva de estratégias para a continuidade do cuidado e concretização dos objetivos do SUS. Segundo Bernardino *et al.* (2022b), são necessários profissionais engajados em garantir a continuidade do cuidado em um contexto em que há ação de vários atores.

García-Vivar *et al.* (2022) destacam os desafios para as relações colaborativas entre os diferentes profissionais de saúde que assistem à pessoa nos diferentes níveis da rede de atenção. Desta maneira, destaca-se o compartilhamento das informações completas da pessoa em acompanhamento, onde devem ser compartilhados não apenas os registros existentes, mas também a transmissão das informações de forma sistemática e estruturada nas transferências de cuidado ao longo da rede assistencial (Peduzzi, 2018; García-Vivar *et al.*, 2022).

Existe uma crescente demanda para que as equipes multiprofissionais avancem para equipes interprofissionais, incorporando conceitos de colaboração interprofissional e práticas colaborativas para aprimorar tanto o acesso quanto a qualidade dos serviços e cuidados de saúde. Entre os benefícios dessa abordagem estão a melhoria da experiência da pessoa e de suas famílias no cuidado à saúde, além de vantagens em termos de custo-efetividade na prestação de serviços de saúde (Belarmino *et al.*, 2020; Daminello, 2022; Pedrosa, 2022).

Estudos demonstram que a adoção de mecanismos como sessões clínicas compartilhadas para discussão de casos complexos, estabelecimento de protocolos conjuntos e criação de grupos de trabalho entre profissionais da APS, nível terciário e representantes da gestão, poderão oportunizar o diálogo e a colaboração mútua entre os níveis da RAS, contribuindo para a consolidação de práticas colaborativas no SUS

(Belvins, 2010; O'malley, 2011; Vermeir, 2015; Vargas *et al.*, 2016; Almeida, 2021; Guerra *et al.*, 2022).

É neste contexto que dois dos pressupostos identificados nesta pesquisa se reiteram, onde a atenção terciária deve assumir seu protagonismo de implementar inovação e contribuir com a atenção primária em ações de capacitação e elaboração de protocolos conjuntos a fim de facilitar o manejo de pessoas com condições de saúde complexas na APS; e que a adoção de práticas colaborativas entre os pontos da RAS permite a consolidação de ajustes necessários para o funcionamento de todo o sistema de saúde.

A corresponsabilização da pessoa e/ou familiar em seu tratamento é ponto importante para o sucesso da continuidade do cuidado; os esforços de todos os demais serão em vão se não houver a contrapartida da pessoa neste processo. Em um estudo de análise da articulação entre a atenção hospitalar e a APS, Mauro, Cucolo e Perroca (2021) evidenciam que embora os enfermeiros mencionem o esclarecimento de dúvidas e o planejamento das ações para a alta, observa-se que a pessoa, familiar ou cuidador atuam predominantemente como ouvintes e participam de forma passiva no processo. Muitas vezes, eles não conseguem exercer de maneira autônoma a busca pelos serviços da APS e a execução dos cuidados em casa, demonstrando que o envolvimento ainda limitado desses atores impacta negativamente na continuidade do cuidado.

Freitas, Moreira e Brito (2014) ressaltam a importância de a pessoa compreender as particularidades de cada serviço da RAS para poder acessá-lo conforme suas demandas de saúde. Esta compreensão só será alcançada com boas práticas de educação em saúde e esclarecimentos sobre o funcionamento da RAS. Além disso, é fundamental que o profissional se assegure de que as orientações fornecidas foram compreendidas pela pessoa e por seus familiares.

Diante do exposto, a designação do enfermeiro como articulador do processo de gestão de alta ambulatorial valida o pressuposto anteriormente descrito, onde este profissional tem destaque como articulador das ações de continuidade do cuidado, devido a ser um arcabouço de informações assistenciais e possuir relacionamento contínuo com todos os membros da equipe de saúde. Outros estudos identificam o enfermeiro como profissional que se destaca no papel de facilitador do processo de referência e contrarreferência, sendo aquele que planeja o cuidado e relaciona os

demais serviços no acompanhamento da pessoa assistida (Mendes *et al.*, 2017; Mauro; Cucolo; Perroca, 2021; Caixeta *et al.*, 2023).

Para Santos *et al.* (2022), a atuação do enfermeiro na coordenação e continuidade do cuidado é reconhecida nos diferentes níveis da RAS. Isso evidencia o papel de destaque deste profissional na adoção de práticas que incentivam o cuidado centrado na pessoa e estimulam de forma positiva as relações entre profissionais e pessoas, equipes multiprofissionais e serviços de saúde. Os autores chamam a atenção para os problemas a serem contornados, como a elevada carga de atividades já desempenhada pelo enfermeiro na assistência e a carência de profissionais nos serviços de saúde.

Uma análise cuidadosa do modelo de gestão de alta ambulatorial revela a importância de uma abordagem integrada que considere não apenas os aspectos clínicos, mas também os aspectos organizacionais e sistêmicos do cuidado. Isso envolve a definição de critérios claros para a alta, o desenvolvimento de protocolos e diretrizes para a transição do cuidado, e o estabelecimento de canais eficazes de comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Além disso, a continuidade do cuidado, na sua dimensão gerencial, requer uma atenção especial às necessidades individuais das pessoas, levando em consideração além de seu histórico médico, fatores como: condições socioeconômicas, suporte familiar e capacidade de autogestão (Reid; Haggerty; McKendry, 2002; Haggerty *et al.*, 2003; Utzumi *et al.*, 2018).

Em resumo, o modelo de gestão de alta ambulatorial desempenha um papel fundamental na promoção da continuidade do cuidado, facilitando a manutenção de relacionamentos significativos entre pessoas e profissionais de saúde ao longo do tempo. Uma abordagem centrada na pessoa, baseada na confiança, comunicação eficaz e colaboração, é essencial para garantir uma transição suave e uma experiência de cuidado positiva para as pessoas em todo o sistema de saúde.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo atingiu os objetivos planejados para construir e entregar a proposta de um modelo assistencial para a gestão de alta ambulatorial, tendo a continuidade do cuidado como fundamento e o enfermeiro como coordenador deste processo. A análise abrangente, baseada no conhecimento do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial implementado no CHC-UFPR, nos dados analisados e no confronto com a literatura, possibilitou obter insights valiosos acerca dos elementos essenciais para compor esse modelo, intentando à promoção da continuidade do cuidado às pessoas com condições crônicas que necessitam de acompanhamento na RAS.

Para promover a continuidade do cuidado após a alta ambulatorial, é essencial implementar um modelo de gestão que priorize a comunicação efetiva, o compartilhamento de informações e a legitimação do enfermeiro como coordenador do processo. Além disso, é preciso desenvolver o conhecimento dos profissionais sobre os recursos disponíveis na rede, fomentar a criação de protocolos claros e acessíveis, e a adoção de práticas colaborativas entre os níveis da RAS.

A contribuição deste estudo para o serviço está no aprimoramento do processo de Gestão de Alta Ambulatorial, para que realmente promova a continuidade do cuidado. Além disso, a proposta das atividades desenvolvidas tornarem-se uma atribuição do enfermeiro assistencial do ambulatório, evidencia que a presença deste profissional na assistência ambulatorial é primordial.

Para a enfermagem, reforça o papel essencial do enfermeiro como articulador na RAS e o coloca como protagonista do processo de gestão de alta ambulatorial e ator-chave na assistência ambulatorial de média e alta complexidade, ratificando sua capacidade de facilitar a continuidade do cuidado e promover um relacionamento sólido entre profissionais de saúde e as pessoas em acompanhamento.

Para a gestão, este estudo reitera a necessidade de esforços no aperfeiçoamento da comunicação, do suporte tecnológico, na implementação de práticas colaborativas entre os níveis da RAS, construção de uma política de continuidade do cuidado. Além disso, reafirma o papel basilar da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado.

A metodologia escolhida e o fato de trabalhar na instituição onde foi realizado este estudo estimulou reflexões acerca do meu papel como enfermeira e como agente

de mudança. Os resultados alcançados motivam para dar continuidade nas ações para que este modelo seja totalmente implementado na instituição e possivelmente replicado para os demais serviços do SUS.

Dentre as limitações deste estudo estão a escassez de estudos sobre a gestão da alta ambulatorial, o que implicou na dificuldade de discutir alguns dados que surgiram nesta pesquisa. Além disso, embora sua implementação na instituição seja possível, não foi consolidada. Após sua implantação, outras pesquisas necessitam ser realizadas para verificar seu impacto relacionados à alta ambulatorial.

Algumas das fragilidades apresentadas são passíveis de mudança com ajustes no processo, contudo outras estão fora da governabilidade da instituição. O desafio é consolidar este modelo e sensibilizar os gestores da rede a contribuírem para sua ampliação, mas este é objeto para um segundo estudo.

## REFERÊNCIAS

ABPMP (BRASIL). **BPM CBOK**. v.3.0, 2013.

ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.S.; PINTO, I.C.; WEBER, L.A.F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**. v.41(esp), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155> Acesso em: 27 set. 2023.

ACYLINO, E.M.; ALMEIDA, P.F.; HOFFMANN, L.M.A. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.31, n.1, e310123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310123> Acesso em: 27 set. 2023.

ADDICOTT, R.; FERLIE, E. Understanding power relationships in health care networks. **J. Health Organ Manag**. v.21, n.4-5, p.393-405, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/14777260710778925> Acesso em: 23 fev. 2024.

ALLER, M.B.; VARGAS, I.; GARCIA, I.; CODERCH, J.; COLOMÉS, L.; LLOPART, J.R.; et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. **Int J Integr Care** [Internet]. v.13, n.3, p.1-11, 2013. Disponível em: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1160/> Acesso em: 14 nov. 2023.

ALMEIDA, P.F.; MEDINA, M.G.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H.M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v.42, n. especial 1, p.244-260, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116> Acesso em: 03 mar. 2022.

ALVES, M.L.F.; GUEDES, H.M.; MARTINS, J.C.; CHIANCA, T.C.M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**. v.25, n.4:469-475, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110> Acesso em: 20 nov. 2022.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AAFP). **Definition of Continuity of Care**. 2020. Disponível em: <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html> Acesso em: 14 nov. 2023.

ARTAZA, B.O. **Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina**. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS; 2017.

AUED, G.K. **Práticas da enfermeira de ligação para a continuidade do cuidado**. Orientadora: Elizabeth Bernardino. 2017. 187f Tese (doutorado) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

AUED, G.K.; BERNARDINO, E.; LAPIERRE, J.; DALLAIRE, C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.27:e3162, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 14 nov. 2023.

AUED, G.K.; SANTOS, E.K.A.; BACKES, M.T.S.; KALIVALA, K.M.M.; OLIVEIRA, D.R. Transição do cuidado à mulher no período puerperal na alta hospitalar. **Esc Anna Nery**. v.27, e20220396, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0396pt> Acesso em: 28 mai. 2024.

BAHR, S. J.; WEISS, M. E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **Int. J. Nurs. Pract.** v.25:e12704, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704> Acesso em: 14 nov. 2023.

BELARMINO AC, RODRIGUES MENG, ANJOS SJSB, FERREIRA JÚNIOR AR. Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. **Rev Bras Enferm**. v.73, Suppl 2:e20200470, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0470> Acesso em: 18 mar. 2022.

BELGA, S.M.M.F.; JORGE, A.O.; SILVA, K.L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.46, n.133, p.551-570, abr-jun. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213321> Acesso em: 27 out. 2022.

BERNARDINO, E.; HEXSEL SEGUI, M.L.; BLUM LEMOS, M.; PERES, A. M. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.3, mai-jun, p. 459-463, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300018> Acesso em: 27 out. 2022.

BERNARDINO, E.; NASCIMENTO, J.D.; RABONI, S.M.; SOUSA, S.M. Gestão do cuidado no enfrentamento da COVID-19 em hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v.74, s.4, p.1-6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0970> Acesso em: 12 ago. 2021.

BERNARDINO, E.; SELLETI, J.D. N.; SILVA, O.B.M.; GALLO, V.C.L.; VILARINHO, J.O.V.; SILVA, O.L.S.; et al. Modelo complexo hospital de clínicas de gestão de alta: concepção e implantação. **Cogitare Enferm**. [Internet]. 2022a 27. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.84227). Acesso em: 01 mar. 2023.

BERNARDINO, E.; SOUSA, S.M.; NASCIMENTO, J.D.; LACERDA, M.R.; TORRES, D.G.; GONÇALVES, L.S. Cuidados de transição: análise do conceito na gestão da alta hospitalar. **Esc. Anna Nery**. v.26:e20200435, 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435> Acesso em: 14 nov. 2023.

BEZERRA, I.M.P.; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum. Growth Dev**.

v.26, n.1: 11-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709> Acesso em: 13 jan. 2024.

BIZAGI. **Bizagi Modeler 4.0 Service Overview**. 2024. Disponível em: [https://help.bizagi.com/platform/en/index.html?intro\\_welcome.htm](https://help.bizagi.com/platform/en/index.html?intro_welcome.htm) Acesso em: 02 fev. 2024.

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

BORGES, M.M.; CUSTÓDIO, L.A.; BARROS, D.F.; PEREIRA, A.C.; CARREGARO, R.L. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.28, n.1, p.231-242, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022> Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17498.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm) Acesso em: 02 fev. 2024.

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

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 set. 1990, p. 18055, col.1. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/549956/publicacao/15808140> Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de junho 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 28 jun. 2011, p.1 col.2. 2011a. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/412353/publicacao/15760644> Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v13.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf) Acesso em: 14 jan. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 20 jan 2022> Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasil. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 21 set. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em: 14 nov. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm) Acesso em: 04 dez. 2022.

BRASIL. Arquivo Nacional. Memória da Administração Pública Brasileira. **Departamento Nacional de Saúde Pública**. Brasília, DF. 2019. Disponível em: <https://mapa.an.gov.br/index.php/component/content/article?id=682> Acesso em: 02 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. [recurso eletrônico] Brasília, DF. 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view) Acesso em: 28 dez. 2023.

BRONDANI, J. E.; LEAL, F.Z.; POTTER, C.; SILVA, R.M.; NOAL, H.C.; PERRANDO, M.S. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.** v.21, n.1: 01-08, jan/mar, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174716-1-pb.pdf> Acesso em: 02 abr. 2024.

BRUNELLO, M.E.F; PONCE, M.A.Z.; ASSIS, E.G.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M.; PALHA, P.F.; et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paulista de Enfermagem**. v. 23, p. 131-135, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021> Acesso em: 14 nov. 2023.

CAIXETA, D.E.S.; ALVES, A.F.M.O.; OLIVEIRA, P.A.; BORGES, E.B.O.; SANTOS, P.M.F.; SILVEIRA, R.E.; et al. Ações de Referência e Contrarreferência para a transição do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo**

**Saúde**. v.23, n.7, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e12944.2023>  
Acesso em: 27 nov. 2023.

CARPES, A.D.; ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R.G.S. Pesquisa-ação em saúde associada a outros dispositivos e ferramentas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 143-182.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L.O.; REGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol. cienc. prof.** Brasília, v.30, n.1, p.146-161, mar., 2010. Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 02 mar. 2024.

CHC-UFPR. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023 Hospital Universitário da Universidade Federal do Paraná – CHC/UFPR**. Curitiba, 2020. Disponível em:  
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/plano-diretor-estrategico-2021-2023/plano-diretor-estrategico-2021-2023-chc-ufpr.pdf/view> Acesso em: 04 dez. 2022.

CHC-UFPR. **Relatório Gerencial 2019 a 2022**. Curitiba, 2022a. Disponível em:  
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/relatorios/relatorio-gerencial-2019-2022> Acesso em: 01 mar. 2023.

CHC-UFPR. **Relatório Divisão de Gestão do Cuidado 2022**. Curitiba, 2022b. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/relatorios/relatorios-gerencia-de-atencao-a-saude/2022/relatorio\\_de\\_atividades\\_digec\\_2022.pdf/view](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/gestao-estrategica/relatorios/relatorios-gerencia-de-atencao-a-saude/2022/relatorio_de_atividades_digec_2022.pdf/view) Acesso em: 01 mar. 2022.

CHC-UFPR. 2024. **Instrumento Formal de Contratualização**. Disponível em:  
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/chc-ufpr/governanca/instrumento-formal-de-contratualizacao-convenios-contratos-no-ambito-do-sus/contrato-n-o-867-02.pdf/view> Acesso em: 01 fev. 2024.

CHILE. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. **Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS), en el sistema público de salud período 2014-2017**. Santiago (CL): Minsal; 2018.

CONASS. **Informações para a Gestão Estadual do SUS**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/complexo-regulador/> Acesso em: 20 abr. 2024.

COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSAK, S.I.; ANDRADE, S.R.; SOARES, C.F.; PÉREZ, E.I.B.; BERNARDINO, E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: spanish practice. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v.29:e20180332, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332> Acesso em: 14 nov. 2023.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa**. 2ed. Artmed: Porto Alegre, 2007.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa** [recurso eletrônico]: escolhendo entre cinco abordagens. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Histórico da Secretaria**. 2023. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html> Acesso em: 01 mar. 2023.

DAMINELLO, M. **Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional**. Orientadora: Rosé Colom Toldrá. 2022. 187f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2022.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Quais as regras de abreviação**. 2019. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/faq/quais-as-regras-de-abreviacao/#:~:text=se%20a%20abreviatura%20resultante%20coincidir,deve%20ser%20submetida%20a%20AD>. Acesso em: 14 nov. 2023.

DAVID, H.M.S.L.; RIERA, J.R.M.; MALLEBRERA, A.H.; COSTA, M.F.L. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.25, n.1, p. 315-324, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019> Acesso em: 11 mai. 2022.

ERDMANN, A.L.; SANTOS, J.L.G.; LANZONI, G.M.M. Relações simbólicas do trabalho gerencial do enfermeiro. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, Peruzzo AS, Felli VEA, organizadores. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 5**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. P. 43-72. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).

ESTRELA, F.M.; CRUZ, M.A.; GOMES, N.P.; OLIVEIRA, M.A.S.; SANTOS, R.S.; MAGALHÃES, J.R.F.; et al. Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Rev baiana enferm**. v.34:e36559, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36559> Acesso em: 18 mar. 2022.

FARRISEY, R.M. Continuity of Nursing Care and Referral Systems. **American Journal of Public Health and the Nations Health**. v.44, n. 4, p.449-454, 1954. Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/epdf/10.2105/AJPH.44.4.449> Acesso em: 02 fev. 2024.

FINOCCHIO JÚNIOR, J. **Project Model Canvas**. 2.ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

FRANCISCO, P.M.S.B.; ASSUMPÇÃO, D.; BACURAU, A.G.M.; NERI, A.L.; MALTA, D.C.; BORIM, F.S.A. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.27, n.7, p.2655-2665, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202277.22482021> Acesso em: 27 dez. 2023.



FRANCO, M.A.S. Pedagogia da pesquisa-ação. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v.31, n.3, p.483-502, set/dez, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/DRq7QzKG6Mth8hrFjRm43vF/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 abr. 2024.

FREEMAN, G. K; OLESENA, F.; HJORTDAHL, P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? **Family Practice**, v. 20, n. 6, p. 623-627, 2003. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14701883/>> Acesso em: 15 fev. 2023.

FREITAS, L.F.C.; MOREIRA, D.A.; BRITO, M.J.M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.19, n. 4, p. 694-700, out/dez, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n4/07.pdf> Acesso em: 22 mai. 2022.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.15, n.4, jul/ago, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000400011> Acesso em: 27 ago. 2023.

GALLO, V.C.L.; HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; KHALAF, D.; LOURENÇO, R.G.; BERNARDINO, E. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Recien**. São Paulo, v.12, n.38, p.173-182, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.173-182> Acesso em: 12 fev. 2024.

GARCÍA-VIVAR, C.; SOTO-RUIZ, N.; ESCALADA-HERNÁNDEZ, P.; FERRAZ-TORRES, M.; ORZANCO-GARRALDA, M.R.; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. Desafíos en la continuidad de cuidados para la práctica profesional de enfermería. **Aquichan**. v.22, n.1:e2211, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.1.1> Acesso em: 02 fev. 2024.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.; et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, pp. 493-545. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019>. Acesso em: 15 jun. 2023.

GOH, L.H.; SIAH, C.J.R.; TAM, W.W.S. et al. Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: a systematic review and meta-analysis. **Syst. Rev**. v.11, n.273, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w> Acesso em: 19 nov. 2023.

GRUDNIEWCZ, A.; GRAY, C.S.; BOWECKXSTAENS, P. et al. Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. **The Patient**. v.16, 569–578, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00645-8> Acesso em: 05 jan. 2024.

GUERRA, S.; MARTELLI, P.J.L.; DUBEUX, L.S.; MARQUES, P.H.B.O.; SAMICO, I.C. Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de saúde pública**. v.39, n.9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT047122> Acesso em: 27 out. 2022.

GUZMÁN, M.C.G.; ANDRADE, S.R.; FERREIRA, A. Rol enfermero para continuidad del cuidado en el alta hospitalaria. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. v. 29, Spe:e20190268, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0268> Acesso em: 02 nov. 2022.

HAGGERTY, J.L.; REID, R.J.; FREEMAN, G.K.; STARFIELD, B.H.; ADAIR, C. E.; MCKENDRY, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**. v.327, n.22, nov. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219> Acesso em: 27 out. 2022.

HARUN, N.A.; FINLAY, A.Y.; PIGUET, V. *et. al.* Understanding clinician influences and patient perspectives on outpatient discharge decisions: a qualitative study. **BMJ Open**. v.7:e010807, 2017. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e010807> Acesso em: 22 abr. 2024.

HENNEN, B. K. E. Learning continuity of care. **Can Fam Physician**, v. 27, p.831-833, 1981. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305974/> Acesso em: 15 fev. 2023.

HERMIDA, P.M.V.; NASCIMENTO, E.R.P.; GUANILO, M.E.E.; ANDRADE, S.R.; ORTIBA, A.M,B. Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.72, Suppl 1:143-50, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023> Acesso em: 15 abr. 2024.

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.4, p. 323-33, dez. 1999.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva** [internet]. v.15, n.5, p.2307-2316, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232010000500006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232010000500006&script=sci_abstract&lng=pt) . Acesso em: 14 nov. 2023.

LEWIN, K. Action research and minority problems. **Journal of Social Issues**. v.2, n.4, 34-46, 1946. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x> Acesso em: 05 jan. 2023.

LIMA, L.S.; BERNARDINO, E.; SILVA, O.B.M.; PERES, A.M.; TRIGUEIRO, T.H. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. v.25:73154, 2023. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/73154> Acesso em: 02 fev. 2024.

LUNARDI FILHO, W.D. Organização do trabalho: possibilidade de exercício do poder e liderança pelo enfermeiro na gestão da assistência de enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Vale EG, Peruzzo AS, Felli VEA, organizadoras. **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Gestão: Ciclo 9**. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 93-127. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v.1).

MACHADO, M.H. Pesquisa **Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final** [relatório na Internet]. Rio de Janeiro: Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz; 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf> Acesso em: 10 mai. 2024.

MALTA, D.C.; GOMES, C.S.; BARROS, M.B.A.; LIMA, M.G.; ALMEIDA, W.S.; NOGUEIRA DE SÁ, A.C.M.G.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.24, 2021 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210009> Acesso em: 26 set. 2021.

MARQUES, F.R.D.M.; PIRES, G.A.R.; SANTOS, J.L.G.; BALSISSERA, V.D.A.; SALCI, M.A. The Chronic Care Model and its implications for Specialized Outpatient Care. **Rev Bras Enferm.** v.76, n.1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0315pt> Acesso em: 19 nov. 2023.

MAURO, A.D.; CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Rev Esc Enferm USP.** v.55:e20210145. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>. Acesso em: 13 set. 2023.

MEIQARI, L.; AL-OU DAT, T.; ESSINK, D.; SCHEELE, F.; WRIGHT, P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. **Health Research Policy and Systems.** v.17, n. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1> Acesso em: 19 nov. 2023.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf) Acesso em: 17 mai. 2022.

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.23, n. 2, p.431-435, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017> Acesso em: 27 out. 2022.

MENDES, F.R.; GEMITO, M.L.G.P.; CALDEIRA, E.C.; SERRA, I.C.; CASAS-NOVAS, M.V. A continuidade de cuidados em saúde na perspectiva dos utentes.

**Ciência e Saúde Coletiva**. v.22, n.3, p. 841-853, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015> Acesso em: 27 out. 2022.

MICHAELIS. Modelo. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 2024. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/modelo> Acesso em: 21 jul. 2024.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social – teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). 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 União**, Brasília, DF, 2010.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Acesso em: 28 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 out 2017, Suplemento, Seção 1, págs. 192/288.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matriz-3-Redes.html> Acesso em: 14 nov. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 11 abr. 2024, Seção 1, págs. 98/99. 2024a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html)

Acesso em: 01 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Hospitais e serviços especializados do SUS poderão aderir ao sistema eletrônico AGHU**. 2024b. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/hospitais-e-servicos-especializados-do-sus-poderao-aderir-ao-sistema-eletronico-aghu> Acesso em: 02 mar. 2024.

MOURA, A.S. **Doenças infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, 2016.

NAKATA, L.C.; FELTRIN, A.F.S.; CHAVES, L.D.P.; FERREIRA, J.B.B. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo.

**Esc. Anna Nery**. v.24, n.2:e20190154, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154> Acesso em: 14 jan. 2024.

NORONHA, J.C.; CASTRO, L.; GADELHA, P. **Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro**. Rio de Janeiro: Edições Livres, Fundação Oswaldo Cruz, 2023. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/doencas-cronicas-e-longevidade-desafios-para-o-futuro> Acesso em: 15 jan. 2024.

OLIVEIRA, C.C.R.B.; SILVA, E.A.L.; SOUZA, M.K.B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.31, n.1, e310105, 2021a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105> Acesso em: 05 jan. 2023.

OLIVEIRA, L.S.; COSTA, M.F.B.N.; HERMIDA, P.M.V.; ANRADE, S.R.; DEBETIO, J.O.; LIMA, L.M.N. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Esc. Anna Nery**. v.25, n.5:e20200530, 2021b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530> Acesso em: 28 mar. 2022.

OLIVEIRA, L.G.F.; FRACOLLI, L.A.; CASTRO, D.M.C.L.; GRYSCHKEK, A.L.F.P.L.; PINA-OLIVEIRA, A.A.; SILVA, L.A.; et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**. v.27, n.7, p. 3385-3395, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1442924> Acesso em: 02 fev. 2024.

OLLÉ-ESPLUGA, L.; VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.; JESUS, R.P.F.S.; EGUIGUREN, P.; CISNEROS, A.I.; et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. **Gac Sanit**. v.35, n.5, p.411-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013> Acesso em: 14 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília, 2011. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18457/9788579670657_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 13 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2015. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/ent-cuidados-innovadores-InnovateCCC-digital-PT.pdf> Acesso em: 19 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019**. Washington, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e#:~:text=Doen%C3%A7a%20card%C3%ADaca%2C%20diabetes%2C%20AVC%2C,2019%20em%20compara%C3%A7%C3%A3o%20com%202000>. Acesso em: 27 out. 2022.

PANIAGUA, D.V.; RIBEIRO, M.P.H.; CORREIA, A.M.; CUNHA, C.R.F.; BAIXINHO, C.L.; FERREIRA, O. Project K: Training for hospital-community safe transition. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, Suppl 5:2264-71, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0190> Acesso em: 29 dez. 2022.

PARANÁ. Secretaria da Saúde (SESA). Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde. Coordenação de Promoção da Saúde. **Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis: 2023-2030**. 1ª ed. Curitiba: SESA, 2023.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; WACHHOLZ, L.F.; GOMES, V.C.; SCHMITT, M.D.; SANTOS, J.L.G. Continuidade e transição do cuidado de crianças com condições crônicas: uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**. v.10, n.10, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19043> Acesso em: 21 nov. 2023.

PEREIRA, K.T.; SOUSA, H. A.; DUARTE, S.R.M.P. Efetividade dos resultados de serviço de contrarreferência em hospital quaternário do sul de Minas Gerais. **Revista Ciências em Saúde**. v.10, n.1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21876/rcshci.v10i1.851> Acesso em: 05 jan. 2023.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Tipos específicos de pesquisa. In: POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.316-338.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.15, n.2:276-83, 2007.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Canadian health services research foundation, 2002. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/245856177\\_Defusing\\_the\\_Confusion\\_Concepts\\_and\\_Measures\\_of\\_Continuity\\_of\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care) Acesso em: 15 fev. 2023.

RIBAS, E.N.; BERNARDINO, E.; LAROCCA, L.M.; POLI NETO, P.; AUED, G.K.; SILVA, C.P.C. Nurse liaison: a strategy for counter-referral. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v.71, Suppl 1:546-53, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490> Acesso em: 14 nov. 2023.

ROCHA, N.G.; BORGES NETO, A.C. Gestão de TI em uma unidade hospitalar com auxílio software livre GLPI. **Revista Mirante**. Anápolis, v.11,n.6 (ed.esp.), abr., 2018. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/mirante/article/view/7614/5331> Acesso em: 01 abr. 2024.

SANTOS, R.C.; BISPO, L.D.G.; FERREIRA, L.L.L.; SOUZA, J.L.S.; JESUS, L.S.; TEIXEIRA, V.S.; HERNANDES, R.S.; SILVA, R.A.S. Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. **Rev. Aten. Saúde**. v.19, n.69: 51-65, 2021. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/7614](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7614) Acesso em: 01 abr. 2024.

SANTOS, M.T.; HALBERSTADT, B.M.K.; TRINDADE, C.R.P.; LIMA, M.A.D.S.; AUED, G.K. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses'

contributions. **Rev Esc Enferm USP**. v.56:e20220100, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en> Acesso em: 07 jun. 2023.

SCHOSSLER, B.; MEDEIROS, C.R.G.; SALVADORI, M.; SALDANHA, O.M.F.L. Planejamento regional no enfrentamento às doenças crônicas. **Rev. APS**. v.22, n.1, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16716> Acesso em: 29 dez. 2022.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil) **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, Supl. 3:3579-3586, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033> Acesso em: 02 abr. 2024.

SHORTELL, S. Continuity of Medical Care: Conceptualization and Measurement. **Medical Care**. v.14, n.5, p.377-391, mai. 1976. Disponível em: <https://journals.lww.com/lww-medicalcare/toc/1976/05000> Acesso em: 24 out. 2023.

SILVA, O.B.; BERNARDINO, E.; SILVA, O.L.; RORATO, C.; ROCHA, D.J.; LIMA, L.S. Enfermeiro de ligação de uma maternidade de risco habitual: dados de contrarreferências. **Enferm. Foco**. v.12, n.1, p.79-85, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4048> Acesso em: 14 nov. 2023.

SILVA JÚNIOR, L.A.; LEÃO, M.B.C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciênc. Educ.** Bauru, v.24, n.3, p.715-728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011> Acesso em: 2 abr. 2024.

SIMÕES, T.C.; MEIRA, K.C.; SANTOS, J.; CÂMARA, D.C.P. Prevalência de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.26, n.9, p.3991-4006, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.02982021> Acesso em: 28 dez. 2023.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.; et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2ª ed. rev. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1-37.

SOUSA, S.M. **Contribuição do enfermeiro na integração dos cuidados no contexto das doenças crônicas não transmissíveis**. Orientadora: Elizabeth Bernardino. 2019. 177f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, 2019.

SPINK, M.J.; MENEGON, V.M.; MEDRADO, B. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & Sociedade**. v.26, n.1, p.32-43, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100005> Acesso em: 30 ago. 2023.

ST-PIERRE, M.; REINHARZ, D.; GAUTHIER, J.B. Organizing the public health-clinical health interface: theoretical bases. **Med Health Care Philos.** v.9, n.1:97-106. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-005-3602-8> Acesso em: 14 nov. 2023.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.22, n.3:941-951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016> Acesso em: 15 abr. 2024.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação.** 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

UIJEN, A.A.; SCHERS, H.J.; SCHELLEVIS, F.G.; BOSCH, W.J.H.M. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice.** v.29, p.264-271, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104> Acesso em: 04 fev. 2024.

UNITED KINGDOM. Ministry of health. Consultative Council on Medical and Allied services. **Interim report on the future provision of medical and allied services.** London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/> Acesso em: 28 fev. 2023.

UTZUMI FC, LACERDA MR, BERNARDINO E, GOMES IM, AUED GK, SOUSA SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto e Contexto Enferm.** v.27, n.2, 2018 [Acesso em: 11 ago 2021]; 27(2):e4250016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016> Acesso em: 11 ago. 2021.

UTZUMI, F.C.; BERNADINO, E.; LACERDA, M.R.; SANTOS, J.L.G.; PERES, A.M.; ANDRADE, S.R. Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 29: e20180502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0502> Acesso em: 13 set 2023.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A.S.; PAEPE, P.; SILVA, M.R.F.; UNGER, J.P.; VÁZQUEZ, M.L. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health Policy Plan** v.31:736-48. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czv126> Acesso em: 14 nov. 2023.

VIANA, F.D.C.; FIGUEIREDO, M.C.O.; DINIZ, J.A.; BARBOSA, G.S.; RAMOS, F.S. Vínculo e comunicação no processo de trabalho de profissionais de saúde na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Inerdisciplinar Encontro das Ciências.** Icó – CE, v.6, n.2, p.248-262, mai.-ago., 2023. Disponível em: <https://riec.univs.edu.br/index.php/riec/article/view/324> Acesso em: 02 fev. 2024.

WAGNER, E.H.; BENNETT, S.M.; AUSTIN, B.T.; GREENE, S.M.; SCHAEFER, J.K.; VONKORFF, M. Finding common ground: patient-centeredness and evidence-



based chronic illness care. **J Altern Complement Med.** v.11:S7–S15, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16332190/> Acesso em: 19 nov. 2023.

WALL, E.M. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. **J Fam Pract.** v.13, p.655-64, 1981. Disponível em: [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1981-volume\\_12-13/JFP\\_1981-10\\_v13\\_i5\\_continuity-of-care-and-family-medicine-.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1981-volume_12-13/JFP_1981-10_v13_i5_continuity-of-care-and-family-medicine-.pdf) Acesso em: 14 nov. 2023.

WEHRMEISTER, F.C.; WENDT, A.T.; SARDINHA, L.M.V. Iniquidades e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **Revista do SUS.** v.31 (nspe1), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200016.especial> Acesso em: 27 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing chronic diseases: a vital investment.** Geneva, 2005. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43314> Acesso em: 11 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report 2008 : primary health care now more than ever.** Geneva, 2008. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43949> Acesso em: 14 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Marco para Ação em Educação Inteprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/view> Acesso em: 02 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628> Acesso em: 12 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The top 10 causes of death.** Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> Acesso em: 20 mai. 2022.

## APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

#### **CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE**

##### **Identificação:**

Código atribuído: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo ( ) feminino ( ) masculino

##### **Formação acadêmica e qualificação profissional:**

Formação: \_\_\_\_\_

Titulação:

Especialização \_\_\_\_\_

Mestrado \_\_\_\_\_

Doutorado \_\_\_\_\_

**Tempo de atuação profissional no hospital:** \_\_\_\_\_.

#### **ENTREVISTA**

1. Descreva como você percebe hoje o processo de contrarreferência de pacientes em acompanhamento ambulatorial do hospital para a APS.
2. Descreva as dificuldades encontradas para realizar a contrarreferência de pacientes com doenças crônicas do hospital para a APS.
3. Quais instrumentos/recursos você considera necessários para realizar uma contrarreferência segura e resolutiva do hospital para a APS?
4. Em sua opinião, é possível a implementação da contrarreferência ambulatorial de pacientes com doenças crônicas, entre o hospital e a APS, em uma transição mais resolutiva, que favoreça a continuidade do cuidado? Quais as suas considerações?
5. Na sua opinião, quais formas alternativas de suporte, aos profissionais da APS pelas equipes da atenção terciária, seriam possíveis para apoiar o processo de contrarreferência e incrementar a continuidade do cuidado?
6. Como o enfermeiro poderia contribuir no processo de contrarreferência dos pacientes em acompanhamento ambulatorial?

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTAS

Nós, Elizabeth Bernardino e Daniele Cristina dos Reis Bobrowec pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, integrante da equipe multiprofissional a participar de um estudo intitulado “Contrarreferência ambulatorial a pacientes portadores de condições crônicas de saúde”. Esta pesquisa irá colaborar na avaliação da atuação do enfermeiro na gestão da continuidade do cuidado a pacientes com condições crônicas de saúde em acompanhamento ambulatorial. O objetivo desta pesquisa consiste em implantar a contrarreferência ambulatorial de pacientes portadores de condições crônicas de saúde para a APS. Caso você participe da pesquisa, será realizado uma entrevista audiogravada por meio de smartfone ou vídeo gravada em plataforma virtual, com questões abertas. Para a entrevista, será considerado o dia, horário agendados previamente conforme disponibilidade do participante. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações. Uma vez que os discursos mediante entrevista serão devidamente transcritos e analisados de acordo com o referencial teórico. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento da entrevista. Porém, as informações obtidas através desta serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que possa identificá-lo (a), portanto nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento. Os participantes serão esclarecidos quanto ao objetivo desta pesquisa, dessa forma não é esperado nenhum risco, entretanto, se o profissional, se sentir constrangido, impedido de falar por qualquer motivo, isso será considerado, devido a importância e respeito a sua vontade. Desta forma, a pesquisa poderá ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada. No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto à clientela desta pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, apresentado por corpus de análise com atribuição de códigos, não acarretando malefícios e prejuízos monetários

e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Ressalta-se ainda que, a possibilidade da ocorrência dos riscos é mínima, pois os encontros com atividades ou entrevistas serão previamente acordados com todos os participantes, caso aconteçam, a pesquisa poderá ser interrompida. No entanto, medidas para sua minimização e proteção serão elencadas, a saber:

- Acordo prévio com os serviços e profissionais envolvidos;
- Elaboração de instrumento com questões que evitarão o possível constrangimento dos envolvidos;
- Aplicação de entrevistas em horários escolhidos pelos participantes;
- Disponibilização dos contatos dos pesquisadores para que os participantes possam contatá-los em caso de necessidade de eventuais esclarecimentos;
- Isenção da pesquisadora principal na coleta de dados;
- Caso o participante do estudo julgue necessário, a entrevista transcrita será entregue ao mesmo para leitura das informações antes de iniciar a etapa de análise.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular e sim em aspectos relacionados a estrutura atual da instituição de saúde para a continuidade do cuidado. Neste sentido, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas frente a implantação proposta, pois com esta reorganização de atendimento, primou-se por um acesso seguro para pacientes que tenham sua necessidade centralizada na continuidade do cuidado à sua condição de saúde. Ainda, os benefícios indiretos dizem respeito a gestão do hospital com a otimização do cuidado com a preocupação em se estabelecer fluxos seguros para o paciente; a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhor integração entre o CHC e a rede assistencial de forma a garantir a continuidade do cuidado. As pesquisadoras, Elizabeth Bernardino e Daniele Cristina dos Reis Bobrowec, poderão ser contatadas nos respectivos telefones: (41) 98873-5514, telefone fixo: (41) 33601800 Ramal 1809; e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular: (41) 99183-8550, e-mail: dcrisr@ufpr.br; e também no endereço: Av. Pref. Lothario Meissner, Bloco didático Saúde; nº 632 - 2º andar, sala do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS - Jardim Botânico; Cep: 80210-170 - Curitiba-PR - Fone: (41) 3361-3756/ 3361-3757 (Fax), E-mail: gppgps@gmail.com às terças-feiras das 08:00 às 12:00 horas. Se você

tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). 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 seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será audiogravada ou vídeogravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressos e recursos para a audiogravação/vídeogravação) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação da entrevista. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. 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 mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. Permito a gravação da entrevista sem o uso da minha imagem:

---

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

Profª Drª Elizabeth Bernardino

---

Enfª Daniele Cristina dos Reis Bobrowec

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## APÊNDICE 3 – COMPILADO DAS APRESENTAÇÕES DE CONDUÇÃO DAS OFICINAS

### Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial

#### Oficina 09/11 – Construção de um Modelo de Gestão de Alta Ambulatorial

Objetivo da oficina: Alinhamento do projeto

Objetivo do projeto

Discussão de alinhamento com a equipe do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial

## Objetivo do projeto

Implantar a alta ambulatorial responsável como estratégia de continuidade do cuidado

## Planejamento para a próxima oficina

- Discussão da problematização
- Definição dos pressupostos



## Oficina 17/11 – Discussão da realidade

Objetivo da oficina: Definição do problema

Discussão da problematização

Definição dos pressupostos

5

## Planejamento para a próxima oficina

- Ampliar a discussão do projeto para novos participantes
- Convidar profissionais que atuam na assistência ambulatorial, regulação assistencial, gestão de alta da internação e gestores de áreas correlatas
- Apresentar o projeto

## Oficina 24/11 – Projeto de Gestão de Alta Ambulatorial como estratégia para a continuidade do cuidado

Objetivo da oficina: Apresentação do projeto para os participantes da oficina

Problematização

Revisão dos pressupostos

Objetivo

Metodologia

Construção do fluxo da Gestão de Alta Ambulatorial

7

## Problematização

Grande número de pacientes vinculados na instituição o que potencialmente inviabilizará o acesso de pacientes novos com necessidades de atenção especializada.

Dificuldade da Atenção Primária à Saúde em realizar acompanhamento de pacientes egressos da atenção terciária.

Pacientes são regulados para a atenção terciária poderiam ser acompanhados na UBS, necessitando de suporte na construção de um plano terapêutico para o acompanhamento.

8

## Pressupostos

Com pacientes melhor regulados da atenção terciária para a atenção primária, esta terá melhores condições de manter o paciente monitorado, evitando agudizações e atendimentos desnecessários.

A atenção terciária assume sua responsabilidade e o protagonismo de implementar inovações, contribuindo com a atenção primária na realização de ações de capacitação e elaboração de protocolos conjuntos que facilitem o manejo de pacientes complexos na atenção primária.

A adoção de práticas colaborativas entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde permitem a consolidação dos ajustes necessários para o funcionamento de todo o sistema.

A criação de estratégias favorece a continuidade do cuidado.

O profissional enfermeiro, considerado um reservatório de informações assistenciais, conhece mais a rede de atenção sendo provavelmente o profissional com maior capacidade para exercer essa função.

9

## Objetivo

Implantar a alta ambulatorial responsável como estratégia de continuidade do cuidado

10

# Metodologia

## Participantes

- Médicos e enfermeiros que realizam assistência ambulatorial
- Enfermeiros da gestão de alta ambulatorial e internação
- Gestores das áreas assistenciais e regulação

Aproximadamente 30 profissionais

## Tipo de pesquisa

- Pesquisa-ação

## Planejamento

- Mapeamento da rede de atenção à saúde  
Regionalizações para as especialidades escolhidas
- Mapeamento dos processos
- Escopo
  - Quais são os critérios para a alta ambulatorial?
    - Especialidades – reumatologia, neurologia e pneumologia
    - Procedimentos – sondas vesicais de demora
- Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades?
  - Criar protocolos médicos conjuntos
  - Atualizar/instrumentalizar as equipes da APS
  - Contrapartida das secretarias na compra de medicamentos e/ou insumos
- Como assegurar a participação dos envolvidos?
  - Acordos a serem pactuados
  - Identificar as fragilidades da rede
- Como controlar o conjunto do processo e avaliar os resultados?

11

# Planejamento para a próxima oficina

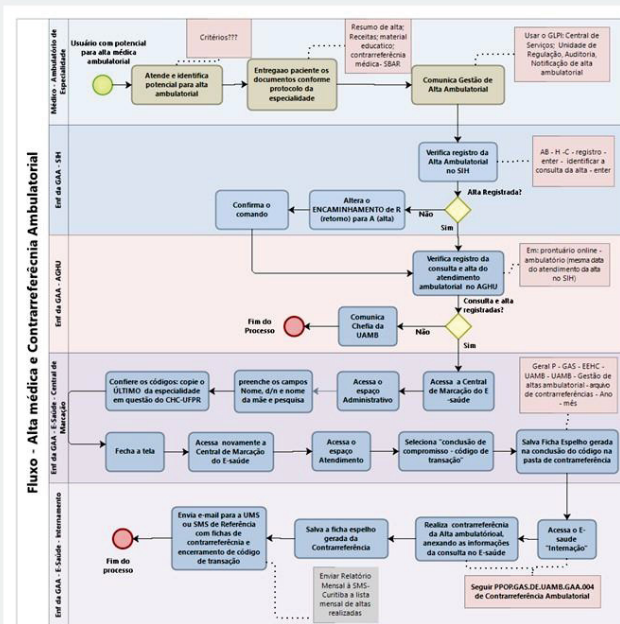
- Apresentar os fluxos do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial do CHC-UFPR
- Iniciar a discussão dos fluxos necessários

# Oficina 01/12 – Fluxos do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial

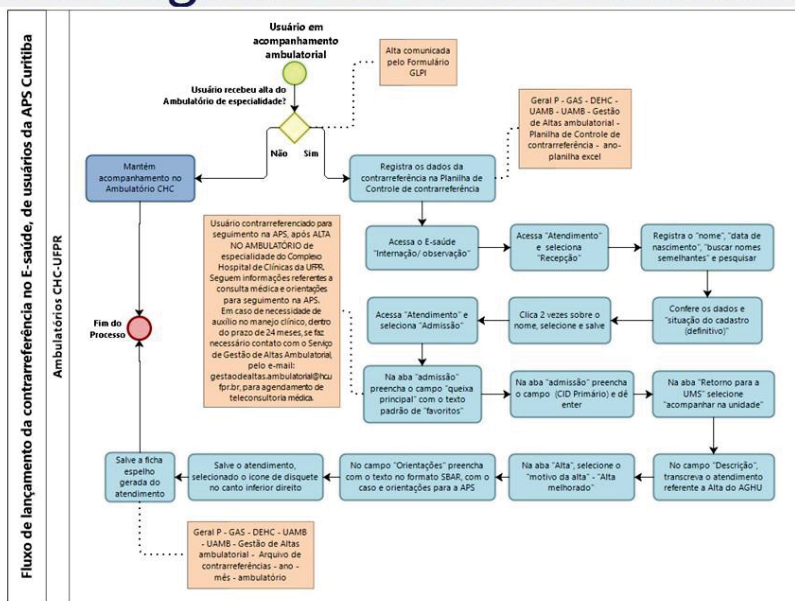
Objetivo da oficina: Construção dos fluxos da Gestão de Alta Ambulatorial

Apresentação dos fluxos do Serviço de Gestão de Alta Ambulatorial do CHC-UFPR

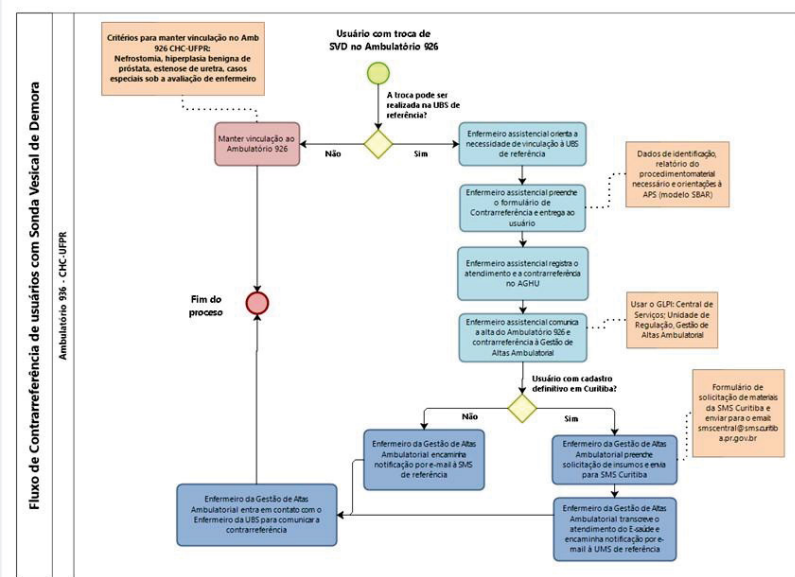
## Fluxo alta médica e contrarreferência



# Fluxo registro de contrarreferência



# Fluxo contrarreferência ambulatório de enfermagem – sonda vesical de demora



## Planejamento para a próxima oficina

- Elaboração do fluxo do macroprocesso de Gestão de Alta Ambulatorial

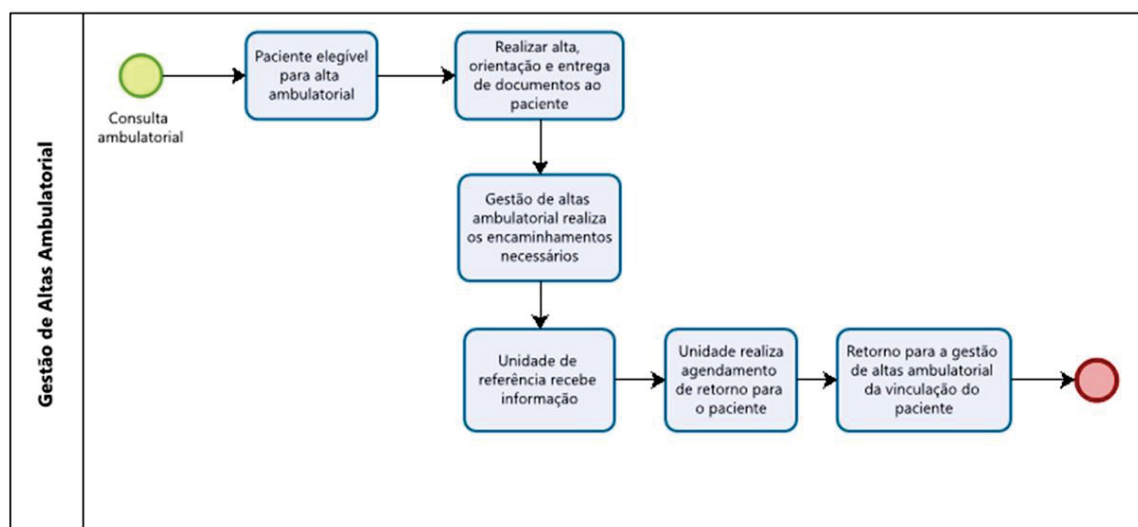
## Oficina 08/12 – Fluxo do macroprocesso da Gestão de Alta Ambulatorial

Objetivo da oficina: Construção dos fluxos da Gestão de Alta Ambulatorial

Fluxo da Gestão de Alta Ambulatorial

Discussão e melhorias para o fluxo

## Fluxo da Gestão de Alta Ambulatorial



## Planejamento para a próxima oficina

- Apresentar o redesenho dos fluxos conforme discussão para aprovação pelos participantes.



# Oficina 15/12 – Fluxos para a Gestão de Alta Ambulatorial

Objetivo da oficina: Aprovação dos fluxos

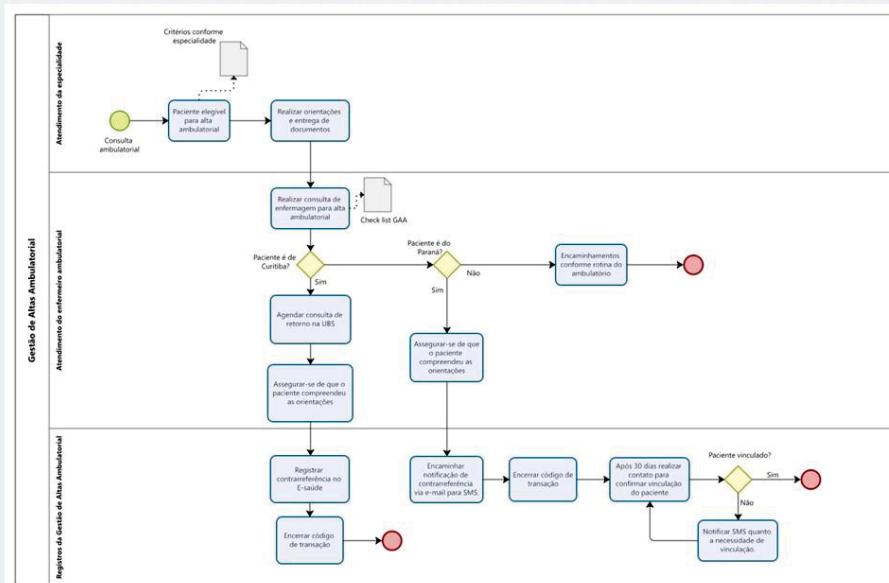
Fluxo Gestão de Alta Ambulatorial

Fluxo subprocesso – Realizar orientações e entrega de documentos

Fluxo subprocesso – Consulta de enfermagem para alta ambulatorial

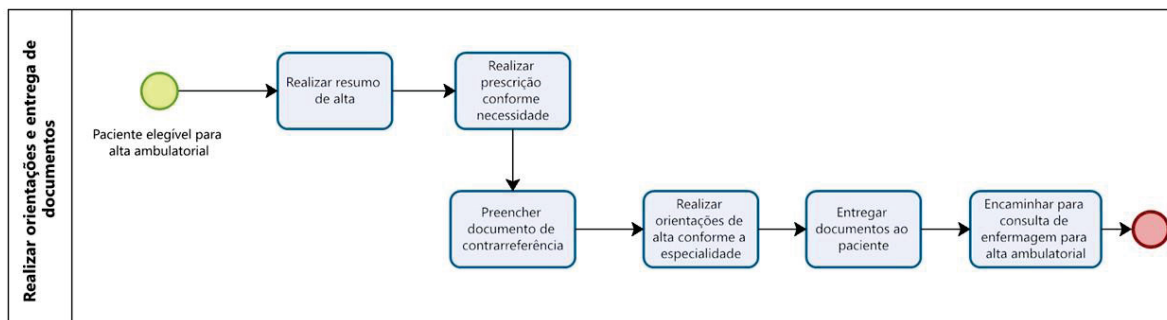
21

## Fluxo da Gestão de Altas Ambulatorial



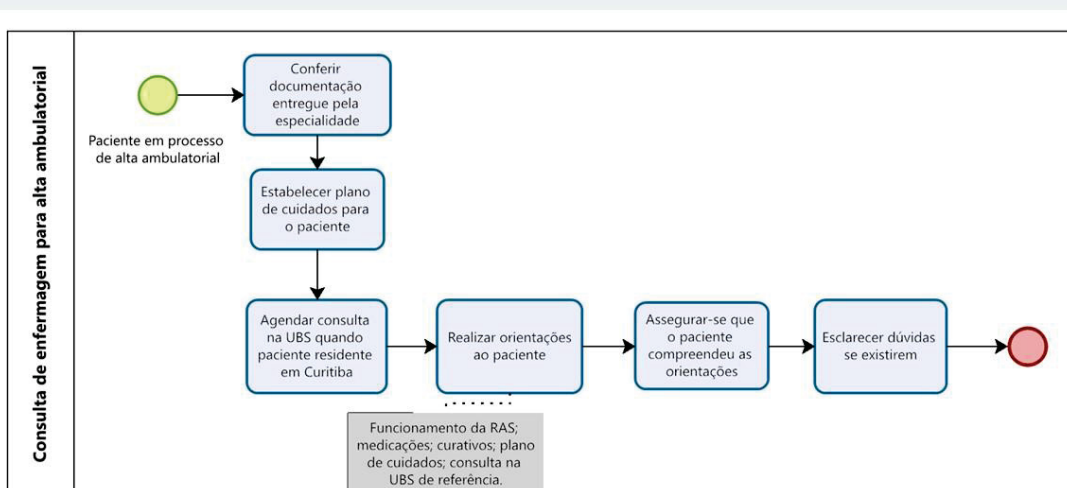
22

## Subprocesso: Realizar orientações e entrega de documentos



23

## Subprocesso: Consulta de enfermagem para alta ambulatorial



24

**Obrigada**

## APÊNDICE 4 – FICHA PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS

### CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

#### Identificação:

Código atribuído: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo ( ) feminino ( ) masculino

#### Formação acadêmica e qualificação profissional:

Formação: \_\_\_\_\_

Titulação:

- Especialização \_\_\_\_\_
- Mestrado \_\_\_\_\_
- Doutorado \_\_\_\_\_

#### Tempo de atuação profissional no hospital:

\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - OFICINAS

Nós, Elizabeth Bernardino e Daniele Cristina dos Reis Bobrowec pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, integrante da equipe multiprofissional a participar de um estudo intitulado “Contrarreferência ambulatorial a pacientes portadores de condições crônicas de saúde”. Esta pesquisa irá colaborar na avaliação da atuação do enfermeiro na gestão da continuidade do cuidado a pacientes com condições crônicas de saúde em acompanhamento ambulatorial. O objetivo desta pesquisa consiste em implantar a contrarreferência ambulatorial de pacientes portadores de condições crônicas de saúde para a APS. Caso você participe da pesquisa, serão realizadas oficinas audiogravadas por meio de smartfone, das quais você participará conforme a sua disponibilidade. As oficinas serão agendadas com antecedência mínima de sete dias, a data, horário e local serão informadas previamente aos participantes por mensagem eletrônica, pelo WhatsApp®. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações. Uma vez que os discursos mediante a participação nas oficinas serão devidamente transcritos e analisados de acordo com o referencial teórico. É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento da discussão nas oficinas. Porém, as informações obtidas através desta serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que possa identificá-lo (a), portanto nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento. Os participantes serão esclarecidos quanto ao objetivo desta pesquisa, e de cada oficina no início de sua realização, dessa forma não é esperado nenhum risco, entretanto, se o profissional, se sentir constrangido, impedido de falar por qualquer motivo, isso será considerado, devido a importância e respeito a sua vontade. Desta forma, a pesquisa poderá ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, poderá participar de outras oficinas não havendo a obrigatoriedade de sua participação em todas elas. No que concerne aos princípios éticos, serão respeitados os direitos das pessoas, assim como da Instituição de Saúde, ocasião em que será firmada junto à clientela desta

pesquisa que sua identidade permanecerá no anonimato, apresentado por corpus de análise com atribuição de códigos, não acarretando malefícios e prejuízos monetários e morais. Este aspecto diz respeito à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos. Ressalta-se ainda que, a possibilidade da ocorrência dos riscos é mínima, pois os encontros serão previamente acordados com todos os participantes, caso aconteçam, a pesquisa poderá ser interrompida. No entanto, medidas para sua minimização e proteção serão elencadas, a saber:

- Acordo prévio com os serviços e profissionais envolvidos;
- Elaboração das oficinas de forma a evitar o possível constrangimento dos envolvidos;
- Agendamento antecipado das oficinas e comunicação da data, hora e local com antecedência;
- Disponibilização dos contatos dos pesquisadores para que os participantes possam contatá-los em caso de necessidade de eventuais esclarecimentos.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular e sim em aspectos relacionados a estrutura atual da instituição de saúde para a continuidade do cuidado. Neste sentido, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas frente a implantação proposta, pois com esta reorganização de atendimento, primou-se por um acesso seguro para pacientes que tenham sua necessidade centralizada na continuidade do cuidado à sua condição de saúde. Ainda, os benefícios indiretos dizem respeito a gestão do hospital com a otimização do cuidado com a preocupação em se estabelecer fluxos seguros para o paciente; a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhor integração entre o CHC e a rede assistencial de forma a garantir a continuidade do cuidado. As pesquisadoras, Elizabeth Bernardino e Daniele Cristina dos Reis Bobrowec, poderão ser contatadas nos respectivos telefones: (41) 98873-5514, telefone fixo: (41) 33601800 Ramal 1809; e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular: (41) 99183-8550, e-mail: dcrisr@ufpr.br; e também no endereço: Av. Pref. Lothario Meissner, Bloco didático Saúde; nº 632 - 2º andar, sala do Grupo de Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS - Jardim Botânico; Cep: 80210-170 - Curitiba-PR - Fone: (41) 3361-3756/ 3361-3757 (Fax), E-mail: gppgps@gmail.com às terças-feiras das 08:00 às 12:00 horas. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante

de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). 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 seja mantida a confidencialidade. As oficinas serão audiogravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressos e recursos para a audiogravação) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação da entrevista. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. 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 mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. Permito a gravação das oficinas sem o uso da minha imagem:

---

Nome por extenso, legível do Participante e/ou Responsável Legal

---

Assinatura do Participante e/ou Responsável Legal

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou seu representante legal para a participação neste estudo.

---

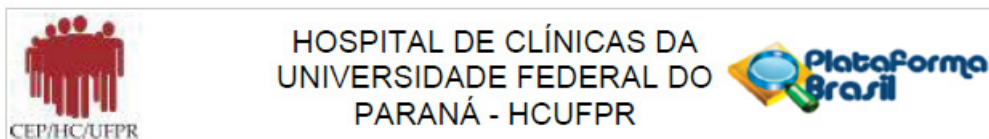
Profª Drª Elizabeth Bernardino

---

Enfª Daniele Cristina dos Reis Bobrowec

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONTRARREFERÊNCIA AMBULATORIAL A PACIENTES CRÔNICOS

**Pesquisador:** Elizabeth Bernardino

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67969023.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.032.696

#### Apresentação do Projeto:

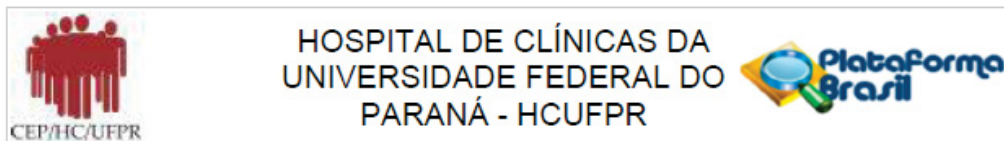
Este projeto trata-se de um estudo qualitativo com uso da metodologia de pesquisa-ação que pretende implantar a contrarreferência ambulatorial segura de pacientes crônicos da atenção terciária para a atenção primária à saúde e contribuir para o conhecimento acerca das ações de continuidade do cuidado.

A população deste estudo será composta de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros) que atuam em ambulatórios, regulação assistencial ou gestão de altas do CHC-UFPR.

A coleta dos dados acontecerá em duas etapas: desenvolvida em três fases: planejamento, ação e encontro dos fatos. Estas fases ocorrem de forma cíclica conforme o esquema abaixo e repetem se formando espirais onde gradativamente as ações se ajustam aos objetivos propostos. Na fase de planejamento será elaborado um plano de ação para nortear a pesquisadora nas etapas da implementação da proposta, nele serão detalhadas as atividades a serem desenvolvidas. O plano de ação sofrerá ajustes, conforme o andamento da pesquisa, para alinhamento das atividades com vistas ao alcance dos objetivos. Na fase de ação as atividades descritas no plano de ação serão executadas. Para realização deste estudo as atividades a serem desenvolvidas são: identificação dos ambulatórios com potencial para implantação da contrarreferência de pacientes para a APS,

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181  
**Bairro:** Alto da Glória **CEP:** 80.080-900  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3380-1041 **Fax:** (41)3380-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br





Continuação do Parecer: 6.032.096

criação de grupo de trabalho, realização de oficinas de discussão, realização de teste piloto e implantação da contrarreferência nos ambulatórios do CHC-UFPR.

Na primeira ação ocorrerá o levantamento dos serviços ambulatoriais do CHC-UFPR onde há enfermeiros assistenciais que desempenham atividades assistenciais à pacientes com condições crônicas de saúde em acompanhamento ambulatorial na instituição. Será constituído um grupo de trabalho de profissionais chave da instituição com a participação de profissionais da SMS para a discussão, elaboração e implantação da contrarreferência responsável dos pacientes portadores de condições crônicas de saúde em acompanhamento no CHC-UFPR para a APS. As atividades do grupo de trabalho ocorrerão em cinco oficinas de discussão. As oficinas terão duração estimada de 2 horas divididas em três partes: apresentação do tema da oficina, discussão e deliberações. Todas as oficinas serão registradas em ata e audiogravadas mediante autorização prévia de todos os participantes.

Após a elaboração do fluxo para contrarreferência, na quarta oficina do grupo de trabalho, será definido um dos ambulatórios da instituição para realização de teste piloto pelo prazo de 30 dias com o objetivo de analisar sua viabilidade e necessidades de melhorias para implantação nos demais serviços. Ao término deste prazo serão reunidos os dados de monitoramento para análise do grupo de trabalho na quinta oficina. Nesta oficina serão realizados os ajustes necessários e validada a proposta para implantação em todos os ambulatórios do CHC-UFPR. Na fase de encontro de fatos as ações para implementação da proposta serão avaliadas e mediante esta avaliação o planejamento será revisitado e conforme necessidade ocorrerá novo ciclo de planejamento, ação e encontro dos fatos.

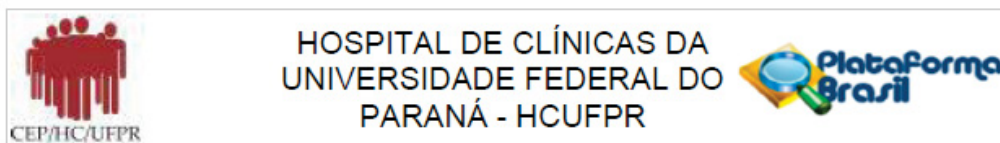
Para análise dos dados levantados nas entrevistas, oficinas do grupo de trabalho e análise de documentos pertinentes. Serão utilizados a técnica de análise de conteúdo conforme Creswell (2007), fundamentada no referencial teórico da Tríade Donabediana.

Período da pesquisa: 12 meses, sendo de maio a julho de 2023 o período de coleta de dados.

A amostra pretendida é de 30 participantes.

Como critérios de inclusão: Os participantes do estudo serão profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros) que atuam em

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.032.696

ambulatórios, regulação assistencial ou gestão de altas do CHC-UFPR há seis meses ou mais e integrantes do grupo de trabalho instituído para discussão da alta hospitalar responsável.

Já os critérios de exclusão: serão os Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros) que não atuam em ambulatórios, regulação assistencial ou gestão de altas do CHC-UFPR.

E, como critérios de descontinuidade do estudo será encerrado quando os objetivos forem alcançados ou quando não houver novas informações sobre o objeto do estudo.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL:

- Implantar a contrarreferência ambulatorial de pacientes portadores de condições crônicas de saúde para a APS.

##### OBJETIVO(S) ESPECÍFICOS (S):

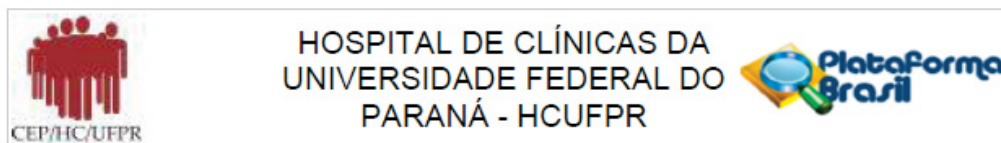
- Identificar ambulatórios que tenham potencial para a implementação do processo de contrarreferência responsável de pacientes portadores de condições crônicas de saúde;
- Identificar grupos de pacientes que poderiam ser contrarreferenciados;
- Criar grupo de trabalho com participação de profissionais da APS;
- Criar instrumentos e estratégias de contrarreferência;
- Elaborar fluxo de contrarreferência com ênfase na alta ambulatorial e continuidade com a rede de atenção à saúde.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### BENEFÍCIOS:

Os benefícios derivados desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. Os pacientes serão beneficiados com a pesquisa na implantação de um modelo de contrarreferência sistematizado para a atenção primária com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado necessário independentemente do nível de atenção à saúde em que se encontra. A gestão do hospital terá o desenvolvimento do modelo de contrarreferência sistematizado que após avaliado no estudo poderá ser replicado, possibilitando a otimização dos recursos institucionais e a relação com os serviços de atendimento

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.032.696

na rede assistência à saúde, promovendo um cuidado seguro, de qualidade e continuado.

#### RISCOS:

Os riscos inerentes ao desenvolvimento da pesquisa são considerados mínimos e estão relacionados: ao cansaço, aborrecimento ou constrangimento dos participantes durante a entrevista; podem ainda ser expressos na forma de desconforto; medo de não saber responder ou de ser identificado. Entretanto, o procedimento de coleta de dados será esclarecido previamente, os participantes podem interromper a qualquer momento a sua participação na pesquisa. Haverá a isenção da pesquisadora principal na coleta de dados.

A possibilidade da ocorrência é mínima, pois o estudo será esclarecido antes de seu início através de convite pessoal e, somente depois da devolutiva concordando em participar, será agendada a entrevista. Antes de iniciar a entrevista será apresentado o Termo de Consentimento do estudo para leitura e assinatura.

Para sua minimização e proteção do participante os pesquisadores farão acordo prévio com os serviços e profissionais envolvidos e esclarecimento de dúvidas antes do início da entrevista. Irão elaborar entrevista que evite o possível aborrecimento e/ou cansaço dos envolvidos, com perguntas objetivas e claras. Disponibilização dos contatos dos pesquisadores para os participantes. O material produzido nas entrevistas será arquivado até a conclusão da pesquisa e publicação dos resultados (março/2024), após este período os dados serão devidamente descartados.

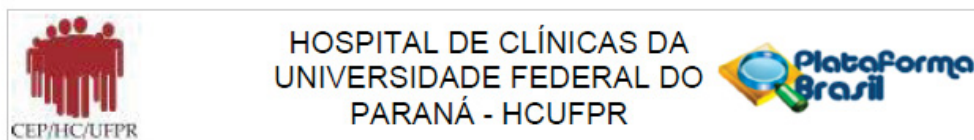
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo inovador, que consiste na implantação da contrarreferência ambulatorial segura de pacientes crônicos da atenção terciária para a atenção primária afim de garantir a continuidade do cuidado. A existência de dispositivos para a produção e continuidade do cuidado é necessária para articular as esferas de atenção à saúde e garantir a integralidade tendo o enfermeiro como mediador deste processo.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3380-1041 Fax: (41)3380-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 8.032.696

#### Recomendações:

Sugere-se aos autores que seja incluído no texto inicial do questionário o número do CAAE e o número do parecer de aprovação do projeto junto ao CEP.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas. Considera-se este estudo APROVADO.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

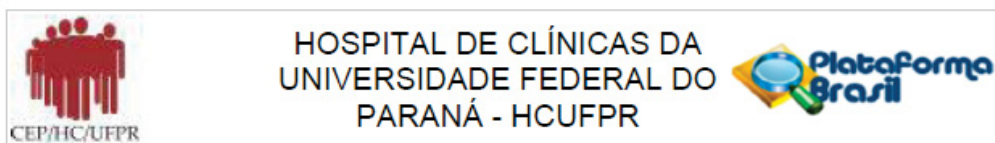
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2079238.pdf	13/04/2023 17:02:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	7_TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRÊ_E_ESCLARECIDO.docx	13/04/2023 17:01:13	DANIELE CRISTINA DOS REIS	Aceito
Outros	3_Concordancia_unidades_envolvidas_DE.pdf	13/04/2023 16:56:08	DANIELE CRISTINA DOS REIS	Aceito
Outros	CARTA_CORRECAO_DE_PENDENCIA_S_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	13/04/2023 16:54:51	DANIELE CRISTINA DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	6_PROJETO_PESQUISA.doc	07/02/2023 15:53:27	Elizabeth Bernardino	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 6.032.696

Orçamento	ORCAMENTO_DETALHADO_DA_PESQUISA.pdf	07/02/2023 15:52:39	Elizabeth Bernardino	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_completa.pdf	07/02/2023 15:51:42	Elizabeth Bernardino	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/02/2023 15:50:11	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	5_DECLARAO_AUSNCIA_CUSTOS_CHC.pdf	07/02/2023 15:47:52	Elizabeth Bernardino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_DECLARACOES_COMPROMISSO_EQUIPE_PESQUISA.pdf	07/02/2023 15:46:54	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	3_Concordancia_unidades_envolvidas_STCOR.pdf	07/02/2023 15:46:20	Elizabeth Bernardino	Aceito
Declaração de concordância	3_Concordancia_unidades_envolvidas_DGC.pdf	07/02/2023 15:45:37	Elizabeth Bernardino	Aceito
Outros	2_DECLARACAO_ORIENTADOR_DO_PROJETO.pdf	07/02/2023 15:43:56	Elizabeth Bernardino	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	1_CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	07/02/2023 15:42:35	Elizabeth Bernardino	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 01 de Maio de 2023

Assinado por:  
Niazy Ramos Filho  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181  
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-900  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-1041 Fax: (41)3360-1041 E-mail: cep@hc.ufpr.br