

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Letícia Fernanda Cota Freitas

**CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA
CRÔNICA EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO**

Belo Horizonte – MG

2013

Letícia Fernanda Cota Freitas

**CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA
CRÔNICA EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte – MG

2013

F866c Freitas, Letícia Fernanda Cota.
Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma
Unidade de Atendimento Imediato [manuscrito]. / Letícia Fernanda Cota
Freitas. - - Belo Horizonte: 2013.
140f.: il.
Orientador: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Continuidade da Assistência ao Paciente. 2. Doença Crônica. 3.
Gestão em Saúde. 4. Serviços Médicos de Emergência. 5. Dissertações
Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : W 84.6

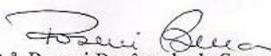
UFMG

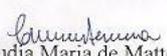
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colgrad@enf.ufmg.br

ATA DE NÚMERO 395 (TREZENTOS E NOVENTA E CINCO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LETÍCIA FERNANDA COTA FREITAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

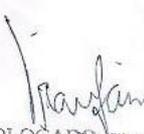
Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de fevereiro de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO*", da aluna Leticia Fernanda Cota Freitas, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Roseni Rosângela de Sena e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram *Leticia Fernanda Cota Freitas, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2013.


Profª. Drª. Maria José Menezes Brito
(orientadora)


Profª. Drª. Roseni Rosângela de Sena


Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lena
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG
HOMOLOGADO
Em 04/03/2013 CPG

A população hoje em dia não é carente de comida, é carente de afeto, de amor, emocional, muitos vem por problema emocional, marido brigando com esposa, filho brigando com mãe, tem idoso que agradece muito de ficar aqui, que não quer ir embora, imagina como é a casa dele? Depoimento de um dos gerentes, sujeito da pesquisa.

Sabe a questão de solidão, tem gente que vem para cá para ter alguém com quem conversar, tem muito isso. Depoimento de uma das assistentes sociais, sujeito da pesquisa.

E não sede conformados com este mundo, mas sede transformados pela renovação do vosso entendimento, para que experimenteis qual seja a boa, agradável, e perfeita vontade de Deus (Romanos 12.1).

Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis. René Descartes

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Primeiramente e acima de tudo a **Deus**, por ter me dado a oportunidade de realizar este trabalho, um sonho, por ter me fortalecido a cada dia, por ter me dado sabedoria para continuar. Com a força e a presença de Deus, a vida torna-se realmente um dom.

A À **minha mãe** que sempre viveu todos os meus sonhos como se fossem os dela. Por ter me incentivado sempre e por sempre estar ao meu lado.

G A minha orientadora, **Professora Maria José**, por ter sonhado junto comigo, por ter acreditado em mim, por me ensinar muito mais do que a pesquisa em si ou os conteúdos previstos para o curso de mestrado. Agradeço por você ter me ensinado a ser um ser humano melhor.

A À Secretaria Municipal de Saúde de Betim, por ter aberto as portas da cidade com tanta presteza e carinho.

D A **meu pai que**, mesmo não estando mais em nosso meio, continua sendo um exemplo de garra para mim.

E A meu filho **Guilherme**, pelo incentivo. Você foi e continuará sendo o grande motivo para eu continuar na busca por meus sonhos. Peço desculpas pela ausência e pela correria que fiz você também viver.

C A meu marido, **Léo**, pela força, pela torcida. Também peço desculpas pela ausência e pelo assunto do dia ser sempre o mestrado.

I A meu irmão, **Israel**, por ser um verdadeiro irmão, daqueles que sempre estão com a gente, nos momentos alegres e tristes, ajudando em tudo, tudo mesmo.

M A minha irmã **Leninha** que é uma irmãzona, uma segunda mãe. Agradeço pelo grande apoio. Suas palavras de força são maravilhosas. Você é um exemplo para mim, de persistência, carinho e amizade.

N A meus sobrinhos, **André** e **Olívia**, pela alegria e carinho. A meus **cunhados, tias, tios, primos** e **avó Helena**, pela torcida.

T A minha grande amiga **Élida**, pelo apoio. Sem sua ajuda, seria quase impossível ter chegado aqui.

O A **Ana Luiza**, que chegou no meio dessa caminhada mas que, de forma brilhante, deu ânimo a esse momento de minha vida.

S A todos os colegas do NUPAE, em especial: **Andréia, Carol, Livia, Bia, Angélica, Lorena, Jéssica** e **Gelmar**, pelas ricas contribuições.

Enfim, agradeço a todos que participaram comigo dessa verdadeira luta!

RESUMO

R E S U M O

Este estudo teve como objetivo compreender a continuidade do cuidado ao portador de doença crônica não transmissível (DCNT) no sistema de atenção à saúde na perspectiva de gerentes, profissionais e usuários de uma Unidade de Atendimento Imediato (UAI) no município de Betim – MG, escolhida como cenário da pesquisa pelo critério de acessibilidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Participaram da pesquisa 22 sujeitos, sendo três gerentes (gerente da unidade, coordenador médico e coordenador de enfermagem), 12 profissionais (duas assistentes sociais, cinco enfermeiros e cinco médicos) e sete usuários portadores DCNT. As DCNT foram escolhidas por sua magnitude, pela crescente morbimortalidade e pela necessidade de se pensar em políticas específicas. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado. Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. Da análise, emergiram três categorias: “Continuidade do cuidado: uma análise à luz do conceito de continuidade informacional”, “Continuidade gerencial: do gerenciamento das condições crônicas à complexidade gerencial” e “O Programa de Internação Domiciliar como expressão da continuidade do cuidado”. A análise de dados na primeira categoria evidenciou que a comunicação no contexto interno da UAI apresentou lacunas como: problemas relacionados aos prontuários dos pacientes e comunicação deficitária entre os integrantes da equipe que fragilizam as ações voltadas para a continuidade do cuidado. A interação entre a UAI e os demais serviços de saúde mostrou-se problemática. A assistente social é profissional-chave nessa interação. Evidenciou-se, ainda, que a referência dos usuários está mais consolidada que a contrarreferência. Na segunda categoria, viu-se que o gerenciamento das DCNT na UAI apresentou pontos de fragilidade que podem interferir na continuidade do cuidado, sendo prioritárias as abordagens referentes ao gerenciamento das DCNT. Ao se discutir os aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado, evidenciou-se que as características do trabalho na UAI, a gestão de pessoas e recursos materiais e as questões políticas têm forte influência nas ações voltadas para a continuidade do cuidado. Na terceira categoria, foi possível perceber que o Programa de Atenção Domiciliar (PID) que está vinculado à UAI foi evidenciado como uma das várias possibilidades de se garantir a continuidade do cuidado. Além disso, o PID foi revelado como um instrumento para solucionar alguns problemas como superlotação e carência de leitos hospitalares. Conclui-se que, para se garantir a continuidade do cuidado aos portadores de DCNT, é necessária maior integração e coordenação dos serviços do sistema de saúde e o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a comunicação entre os diversos profissionais, de forma a possibilitar a interação visando a continuidade do cuidado. Apesar das várias fragilidades apresentadas, conseguiu-se visualizar a continuidade do cuidado de forma discreta, às vezes incipiente, mas acredita-se que o campo estudado é fértil para o desenvolvimento de ações estratégicas que permitiriam uma melhoria da continuidade do cuidado e da qualidade assistencial.

Palavras - Chave: Continuidade da Assistência ao paciente, Doença Crônica, Gestão em Saúde, Serviços Médicos de Emergência.

ABSTRACT

This study's goal was to understand the continuity of care provided to the carrier of non-communicable chronic disease (NCCD) within the system of health care, through the perspective of managers, employees and users of an Immediate Care Center (ICC) located in Betim - Minas Gerais State, which was selected as the setting of this research under the criterion of accessibility. The present research is descriptive and qualitative in its nature. 22 individuals were part of it, according to the following division: three managers - one of the center as a whole, another of the medical body, and the last one of the nursing department; 12 employees - two social assistants, five nurses and five doctors; and seven users who are carriers of NCCD. The NCCDs were chosen for they can be classified as diseases of great magnitude, increasing morbidity, and because of the pressing need to think of policies concerned with assisting their carriers. The data were collected in the format of individual interviews with a semi-structured guide. Content analysis was the technique employed in examining the data, and it generated the emergence of three categories: "Continuity of care: an analysis under the light of the concept of informational continuity", "Management Continuity: from managing chronic conditions to management complexity" and "The Home Care Program as an expression of continuity of care". For the first category, it was revealed that there were gaps in communication inside the ICC, such as problems related to the records of patients, and poor communication among the members of the same team, which minimized the potential to take proper measures to enhance continuity of care. Interaction between the ICC and other health services appeared to be troublesome, though it was verified that the social assistant is an important key in making this interaction work. Moreover, there was evidence that the reference of users is more solid than the counter-reference, which is at a highly initial stage. In the second category it was found that the management of the NCCDs conveyed weaknesses that may interfere in the continuity of care, making it paramount to carry out interventions in such management. When talking about managerial aspects of continuity of care, it was observed that some characteristics in the work provided by the ICC, the management of people and material resources and political matters strongly influence the actions taken that are supposed to support continuity of care. Turning to the third category, it was possible to notice that the Home Care Program (HCP), which is linked to the ICC, was considered as one of the numerous possibilities of ensuring continuity of care. Besides this, the HCP was interpreted as an instrument to solve problems of overcrowdings and shortage of hospital beds. It is concluded that in order to guarantee continuity of care to the carriers of NCCDs, a greater integration and coordination of the health care system as a whole is necessary, accompanied by the development of strategies to improve communication among the professionals involved, in such a way that enables interaction aimed at the continuity of care. Despite the several deficiencies that were pointed out, it was possible to timidly witness continuity of care, which was at times incipient. Nonetheless, we believe the field being studied is a fertile one to stimulate the development of strategic measures that would allow an improvement in the continuity of care and, hence, in assistential quality.

Key words: Continuity in patient assistance, Chronic disease, Health management, Emergency medical services.

A
B
S
T
R
A
C
T

LISTA DE FIGURAS

■	FIGURA 1 – Esquema explicativo da categoria de análise 01	46
	FIGURA 2 – Esquema explicativo da categoria de análise 02.....	67
<i>L</i>	FIGURA 3 – Esquema explicativo da subcategoria “Aspectos gerenciais relacionados	
<i>I</i>	à continuidade do cuidado”.....	74
<i>S</i>	FIGURA 4 – Esquema representativo dos encaminhamentos para outros serviços e os	
<i>T</i>	principais fatores dificultadores.....	80
<i>A</i>		
<i>D</i>		
<i>E</i>		
<i>F</i>		
<i>I</i>		
<i>G</i>		
<i>U</i>		
<i>R</i>		
<i>A</i>		
<i>S</i>		

LISTA DE TABELAS

<i>L</i>	Tabela 1 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências seus principais objetivos e características.....	25
<i>I</i>		
<i>S</i>	Tabela 2 – Sujeitos da pesquisa.....	38
<i>T</i>	Tabela 3 – Profissionais entrevistados por categoria.....	39
<i>A</i>	Tabela 4 – Doenças crônicas não transmissíveis apresentadas pelos usuários sujeitos da pesquisa.....	39
	Tabela 05 – Sexo, estado civil e escolaridade dos usuários.....	40
<i>D</i>		
<i>E</i>		
<i>T</i>		
<i>A</i>		
<i>B</i>		
<i>E</i>		
<i>L</i>		
<i>A</i>		
<i>S</i>		

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

L

I

S

T

A

D

E

A

B

R

E

V

I

A

T

U

R

A

S

E

S

I

G

L

A

S

AD – Atenção Domiciliar

APS – Atenção Primária à Saúde

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LC – Linha do cuidado

MAC – Modelo de Atenção Crônica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAD – Programa de Atenção Domiciliar

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PID – Programa de Internação Domiciliar

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RAU – Redes de Atenção às Urgências

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAI – Unidade de Atendimento Imediato

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	16
3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	18
3.1 O Sistema de Atenção à Saúde e a Atenção às Urgências.....	19
3.2 Continuidade do cuidado: conceitos e reflexões.....	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO	36
4.1 Caracterização do Estudo.....	37
4.2 Cenário de estudo.....	37
4.3 Sujeitos do estudo.....	39
4.4 Coleta de dados.....	42
4.5 Análise de dados.....	42
4.6 Aspectos Éticos.....	43
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
5.1 Continuidade do cuidado: uma análise à luz do conceito de continuidade informacional.....	46
5.1.1 Continuidade Informacional no contexto da UAI.....	48
5.1.2 Continuidade Informacional: o pilar da articulação do sistema de atenção à saúde.....	57
5.2 Continuidade Gerencial: do gerenciamento das condições crônicas à complexidade gerencial.....	68
5.2.1 Gerenciamento das condições crônicas.....	69
5.2.2 Aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado.....	74
5.3 O Programa de Internação Domiciliar como expressão da continuidade do cuidado.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	121
ANEXOS	129

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Atuei, ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional, em vários serviços de urgência e emergência de Belo Horizonte - MG do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse ínterim, tive várias inquietações, destacando-se aquelas relacionadas à gestão dos serviços de urgência e emergência. Eu percebia, ainda como estudante, a complexidade do gerenciamento de unidades dinâmicas, estrepitosas, que mantinham um trabalho ininterrupto e uma necessidade de disponibilidade permanente e de uso repentino. Além disso, havia diferentes profissionais envolvidos na assistência e uma variação da demanda, com uma exigência de atendimento em curto espaço de tempo, necessitando dispor de vários recursos simultaneamente. Assim, optei por fazer uma especialização em Urgência, Emergência e Trauma para ampliar meus conhecimentos nessa área. Mas ainda não foi o suficiente para aquietar minha ansiedade.

Ao ingressar no Mestrado, tive a grande oportunidade de aprofundar meus estudos na área de gestão de serviços de saúde e, mais especificamente, na gestão de serviços de urgência e emergência. Pude, então, encontrar respostas para algumas inquietações. E é óbvio que outras foram geradas, alegrando-me e me estimulando a adentrar no mundo fantástico da pesquisa.

Dentre as várias inquietações na atividade profissional, uma me instigou muito, ao atuar como Referência Técnica de Enfermagem (Coordenadora de Enfermagem) em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em Belo Horizonte. Foi quando tive a oportunidade de vivenciar alguns aspectos da continuidade do cuidado e das consequências às vezes maléficas da “não” continuidade. Uma de minhas atribuições era encaminhar pacientes para a atenção hospitalar, para outros serviços da atenção secundária e para a atenção primária à saúde (APS), sendo a última experiência maior e também mais enriquecedora. Esta permitiu um maior contato com os profissionais dos centros de saúde, facilitando a relação entre os serviços. Também validou as reflexões sobre os fluxos existentes no sistema de saúde e nos mostrou que, apesar dos vários esforços no sentido de buscar a continuidade do cuidado, contribuindo para a integralidade, ainda é preciso avançar muito nesse sentido.

Percebe-se que, no processo da consolidação do SUS, uma busca por um modelo de atenção fundamentado em paradigmas atuais do conceito de saúde e doença com vistas a atender as reais necessidades de saúde dos indivíduos, considerando a diversidade cultural, econômica, política e social de cada região do Brasil.

O modelo de atenção à saúde adotado no Brasil é pautado nos princípios doutrinários do SUS e, embora ainda não contemple tudo a que se propõe, vem se expandindo e sendo incorporado pelos serviços de saúde e pela população. Dentre os princípios do SUS, destaca-se a integralidade descrita na Lei 8.080 como: “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.04).

No que tange ao objeto de estudo desta pesquisa, visamos à continuidade do cuidado, a qual contribui para uma assistência pautada no princípio da integralidade.

Sabe-se que o SUS é um sistema em desenvolvimento que muito avançou, mas que ainda apresenta inúmeros desafios. Diante de seus desafios atuais e das transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira, faz-se necessária a efetivação de um modelo de atenção capaz de garantir a integralidade e a resolutividade das ações em saúde. Assim, o cenário atual “obriga a transição de um modelo de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde” (PAIM *et al.*, 2011, p. 28).

Surge, então, a constituição de redes de atenção à saúde (RAS) como uma temática de grande relevância em estudos e documentos como condição indispensável para a superação dos desafios atuais do cenário da saúde no Brasil e no mundo (MENDES, 2009; OPAS, 2010; SILVA, 2011; FLEURY; OUVENEY, 2007; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Nessa perspectiva, a estruturação e a consolidação da RAS podem contribuir para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além de impactar positivamente na superação de lacunas assistenciais, racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011). Dessa forma, para organizar uma rede que atenda aos problemas de saúde da população, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção às Urgências (RAU), da qual a Unidade de Atendimento Imediato (UAI) faz parte. A RAU visa à ampliação e à qualificação do acesso aos serviços de saúde com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se ainda que, no processo de consolidação do SUS, os serviços de urgência e emergência sofreram grande impacto dos desafios inerentes ao sistema de saúde, sendo esses serviços alvo de críticas que abrangem a quantidade, a qualidade e a resolutividade da assistência prestada (O'DWYER, 2010).

As UAIs – estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar – fazem parte de uma rede organizada de atenção às urgências. As UAIs têm, como uma de suas diretrizes, articular e integrar os diversos serviços e

equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diversos pontos de atenção. Essa articulação tão almejada seria então decorrente de ações coordenadas e contínuas em todos os pontos dessa rede (BRASIL, 2011b).

Dentre os vários motivos para os serviços de urgência e emergência se caracterizarem como uma importante porta de entrada no sistema de saúde, apontam-se uma grande legitimidade e capacidade de resolução de problemas perante os usuários.

Nesse contexto, entende-se que a continuidade do cuidado está relacionada à resolução de um problema de saúde específico em uma sucessão ininterrupta de eventos (STARFIELD, 2002). Chega-se, dessa forma, ao objetivo desta pesquisa: compreender a continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde ao portador de doença crônica não transmissível na perspectiva de gerentes, profissionais e usuários de uma UAI.

Assim, surgem alguns questionamentos a serem respondidos: quando os usuários estão nos serviços de urgência, como a continuidade do cuidado tem ocorrido? A resolução de um problema de saúde específico em uma sucessão de eventos ininterruptos tem ocorrido? Sabendo que os portadores de doenças crônicas não transmissíveis requerem acompanhamento por longos períodos e que eles podem ter, ao longo da vida, inúmeros problemas de saúde que os fazem ser atendidos na UAI, como a continuidade do cuidado tem acontecido?

Pressupõe-se que a insatisfatória continuidade do cuidado, durante o atendimento e após a alta da UAI, prejudica a identificação e o atendimento das necessidades dos usuários com condições crônicas, comprometendo sua saúde e sobrecarregando o sistema de saúde e a qualidade de vida da população.

Ressaltem-se, aqui, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tendo em vista sua magnitude, crescente morbimortalidade e suas características: doença de longa duração, demandando intensa atuação dos profissionais de formações diversas e cuidadores, projetos terapêuticos específicos, garantia de acesso aos serviços de saúde e de assistência social e ações integradas entre os mesmos (BARRETO; CARMO, 2007; MENDES, 2010; VERAS, 2011; BRASIL, 2011).

Diante do exposto, justifica-se a relevância deste estudo, que visa compreender a continuidade do cuidado, no contexto de uma UAI, na perspectiva de quem produz o cuidado e de quem é cuidado.

OBJETIVO

2 OBJETIVO

- Compreender a continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde ao portador de doença crônica não transmissível, na perspectiva de gerentes, profissionais e usuários de uma Unidade de Atendimento Imediato.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

3.1 O SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE E A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Este capítulo objetiva-se apresentar o contexto do sistema de atenção à saúde e da atenção às urgências no Brasil, bem como o cenário das doenças crônicas não transmissíveis. Aborda, ainda, a proposta atual para a organização dos serviços de urgência: a organização de redes de atenção às urgências.

Conforme a Constituição Brasileira, promulgada em 1988, em seu artigo 196, a saúde é um direito social e de cidadania, resultante das condições de vida da população. O direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, como também o acesso universal e igualitário às ações e serviços. Esse marco histórico na transformação do modelo de saúde do país foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelecendo que a direção do SUS seja única, exercida no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde (MS); no âmbito estadual, pela Secretaria Estadual de Saúde; e nos municípios, pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 1990). Apesar das conquistas alcançadas pelo SUS, a implantação de seus princípios e diretrizes ainda não aconteceu de forma plena. Assim, far-se-á uma breve reflexão sobre um dos princípios do SUS, a integralidade, que, de acordo com a Lei 8.080, é entendida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p.04).

Kantorski e colaboradores (2006) complementam o conceito de integralidade como a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais que são interdependentes, levando-se em consideração que nenhum desses serviços dispõe da totalidade de recursos para solucionar os problemas de saúde da população. Dessa forma, torna-se iminente que o usuário percorra os pontos do sistema de saúde numa lógica de atenção contínua.

A integralidade pode assumir diferentes sentidos. Na visão de Mattos (2004), três sentidos são considerados relevantes. O primeiro é o da integralidade em seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde em seus contatos com os

diferentes pontos do sistema. O segundo, o da integralidade horizontal, evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas por meio de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde. Aponta para a necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersectorialidade. Infere-se, então, que as redes de atenção à saúde não devam ser restritas ao setor saúde, supondo incluir políticas de outros setores relacionados aos determinantes do processo saúde-doença.

O segundo sentido da integralidade, destacado por Mattos (2004), pode ser consolidado com ações voltadas para a continuidade do cuidado. Esses diferentes sentidos, que se somam para uma definição mais completa do significado de integralidade em saúde, tornam-se ainda mais relevantes quando se considera a situação de saúde pelos aspectos demográficos e epidemiológicos.

No Brasil, observa-se uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar das baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos vem aumentando. Isso significa um incremento das condições crônicas que têm curso mais longo e que exigem um sistema que responda a elas de forma proativa, contínua e integrada. A situação epidemiológica brasileira tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças que envolve simultaneamente, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco; e o forte crescimento das causas externas (BARRETO; CARMO, 2007; MENDES, 2010).

Reconhece-se que as DCNT são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda, sendo que a maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como o tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética (BRASIL, 2011e; VERAS, 2011).

Veras (2011) complementa que as DCNT possuem implicações econômicas graves: têm impacto negativo nos salários, nos lucros, na participação da força de trabalho e na produtividade, bem como aumentam o número de aposentadorias precoces, causando alta rotatividade do emprego e incapacidade.

Tendo em vista o cenário descrito, esta pesquisa busca reconhecer a continuidade do cuidado aos portadores de DCNT atendidos em uma UAI. As DCNT foram escolhidas por sua magnitude, pela crescente morbimortalidade e por suas características: doença de longa duração, demandando intensa atuação dos profissionais de formações diversas e cuidadores, projetos terapêuticos específicos, garantia de acesso aos serviços de saúde e de assistência social e ações integradas entre os mesmos (BARRETO; CARMO, 2007; MENDES, 2010; MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2011e; VERAS, 2011).

O Brasil vem, nos últimos tempos, organizando ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as DCNT, de modo a conhecer sua magnitude, sua tendência, seus fatores de risco e, assim, apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2011e). Desse modo, o Ministério da Saúde apresenta o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil para o período de 2011 a 2022. Nele abordam-se as quatro principais doenças (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo do álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). O plano tem como um de seus objetivos fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. Dentre esses serviços, as unidades de urgência e emergência são incluídas por participarem do fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011e).

Em face da situação de saúde do Brasil apresentada, percebe-se a importância de se prestar uma assistência à saúde, pautada no princípio da integralidade. Desse modo, a continuidade do cuidado pode contribuir para a integralidade.

Nessa perspectiva, urge refletir sobre a organização dos sistemas de atenção à saúde. Tais sistemas são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o conjunto de atividades, cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). Para Mendes (2010), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população que se organizam pela atenção às condições agudas e crônicas e ainda podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, feita numa perspectiva internacional, mostra que a maior parte dos sistemas são fragmentados, sendo um desastre sanitário e econômico em todo o mundo. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados uns dos outros

e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis tampouco se comunicam com a atenção terciária à saúde nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Entende-se que o sistema brasileiro de atenção à saúde é fragmentado e reconhece-se a existência de uma luta para a consolidação da RAS. Luta que deve ser composta por todos os envolvidos no processo de cuidar; luta que precisa de mais seriedade por parte dos gestores; e os frutos dessa luta serão colhidos quando a saúde tiver um financiamento digno e políticas voltadas para as necessidades dos indivíduos, família e comunidade.

Para superar as limitações dos sistemas de saúde fragmentados, os quais contribuem para a inexistência da continuidade do cuidado, resultando em lacunas na atenção à saúde entre níveis assistenciais, as RAS são apresentadas como um novo arranjo organizacional, no qual a APS é compreendida como a coordenadora do cuidado à saúde (DIAS, 2012).

Mendes (2010) afirma que a solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças e o sistema de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar os sistemas fragmentados com a implantação dos sistemas integrados de atenção à saúde, ou seja, das RAS.

A relevância da temática e a importância da estruturação das RAS no contexto atual do sistema de saúde em todo o mundo é um consenso entre diversos autores. Podem-se citar: MENDES, 2009; OPAS, 2010; SILVA, 2011; FLEURY; OUVÉNEY, 2007 e MAGALHÃES JÚNIOR, 2006.

Acredita-se que a consolidação da continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde pode contribuir, mesmo que minimamente, para o estabelecimento das RAS que são sistemas organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2010).

De acordo com o Decreto Federal n. 7.508, RAS é um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011a, p. 02). O mesmo decreto afirma que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual.

Nesse contexto, a formatação de uma RAS está assentada no princípio da integralidade, pois seu objetivo visa à integração dos serviços de saúde e à interdependência dos atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e

competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KANTORSKI, 2006).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), as redes integradas de serviços de saúde são definidas como “rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2010, p.11).

Mendes (2009, p. 140) complementa que as redes de atenção à saúde são:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Ainda de acordo com Mendes (2009), as propostas mais recentes de integração em redes têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos - país que tem como característica a disposição de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado. Segundo esse autor, essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal.

Ressalta-se também que as redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível (SILVA, 2011), fator a ser levado em consideração frente à situação problemática do financiamento da saúde no Brasil.

Nessa linha de raciocínio, Fleury e Ouverney (2007) explicam que as redes surgem como propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos. Aquelas que perfazem ainda a interação de agentes públicos e privados, além de visualizar a existente manifestação de uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã.

Considerando-se a necessidade de definir fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização de RAS, bem como diretrizes e estratégias para sua implementação, o MS editou, em 30 de dezembro de 2010, a Portaria n. 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização de RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Os sistemas de atenção à saúde são constituídos por níveis assistenciais que se estruturam por arranjos produtivos que, de acordo com Mendes (2009), são conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS,

ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

A definição de níveis assistenciais, configurados por diferentes densidades tecnológicas, remete-nos à figura clássica de uma pirâmide para representar o modelo tecnicoassistencial. Cecílio (1997), ao discutir os modelos tecnicoassistenciais, assevera que, na ampla base da pirâmide, estaria localizado um conjunto de unidades de saúde responsáveis pela APS, em uma perspectiva de construção de uma verdadeira porta de entrada para os níveis superiores de maior densidade tecnológica do sistema de saúde. Na parte intermediária da pirâmide, estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, compostos por ambulatorios com especialidades, serviços de diagnósticos e serviços de atendimento às urgências e emergências. No topo da pirâmide, estariam os serviços hospitalares ditos de maior complexidade.

No entanto, Cecílio (1997) fornece-nos algumas explicações para o fracasso do modelo da pirâmide. A primeira explicação diz respeito a causas ligadas à própria configuração do SUS nos aspectos de financiamento, em relação ao público e ao privado, ao desenvolvimento de sua gestão e à realização do controle por parte dos usuários. A segunda aponta para a questão de como se tem pensado o modelo tecnicoassistencial. Os centros de saúde não conseguem fazer a vigilância à saúde nem assumem a responsabilidade pelos grupos de risco, sequer dão resposta para às demandas por pronto-atendimento da população de sua área de cobertura; os ambulatorios não conseguem exercer, em toda sua plenitude, seu papel de referência técnica especializada para a rede básica; os hospitais apresentam espaços profundamente desumanizados, tanto para os profissionais quanto para os usuários, gastando recursos e energia que resultam, na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais necessidades da população. Assim, a população que depende do SUS tenta furar os bloqueios de todas as formas, acessando os cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria. Nessa medida, a concepção do sistema como uma pirâmide está muito distante da realidade do usuário real.

Havemos de ressaltar que, apesar de o artigo citado acima ser do ano de 1997, é como se tivesse sido escrito hoje, tamanha sua contemporaneidade.

Deve-se, assim, substituir o desenho de organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides e por um modelo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo, por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (INOJOSA, 2008).

No que tange à modelagem para articular os níveis de atenção à saúde, segundo Silva (2011), não deve ocorrer na forma piramidal, que habitualmente situa os serviços da APS na base e os demais, em complexidade crescente, da base para o topo. Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência. Nessa mesma abordagem, Cecílio (1997, p.476) sugere que o sistema de saúde seja pensado como um círculo que remete a “ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele (círculo) não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS”.

Ainda nesse sentido, Malta; Merhy (2010) explicam que cada serviço pode ser pensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Observa-se, dessa forma, que todas as “estações” da rede de serviços são essenciais para a linha do cuidado. Para o portador de doenças crônicas, faz-se essencial acessar a rede básica, verificando a necessidade de apoio diagnóstico, bem como a internação em algum hospital.

Reitera-se que todos os serviços de saúde têm a sua importância e que essa importância ultrapassa as questões relacionadas às tecnologias duras. Para cada usuário com determinada necessidade, um serviço de saúde poderá ser o “topo” com a sua tecnologia específica.

Conforme nota-se, as diretrizes no setor saúde apontam que a organização e a implantação das RAS constituem uma necessidade, devendo ser priorizadas. Nesse sentido, para organizar uma rede que atendesse aos problemas de saúde da população, em 2011, foi instituída a RAU no SUS (BRASIL, 2011b), da qual as UAIs fazem parte. As UAIs são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

Nesse contexto, a RAU suscita entre suas diretrizes, a articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diversos pontos de atenção. Essa articulação e essa integração tão almejadas são então decorrentes de uma atuação profissional e gestora pautada em ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade (BRASIL, 2011b).

Entendendo a importância da RAU, destaca-se a publicação recente da OPAS e da OMS em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, em que se apresenta um relato do estudo de caso da Rede de Urgência e Emergência, implantada na Região Norte do Estado de Minas Gerais. Esse estudo aponta que a estruturação da RAU na região produz resultados importantes para a saúde da população, reduzindo em cerca de mil mortes por ano

em eventos de urgência na região, além de minimizar os custos financeiros (MARQUES, 2011).

Pode-se observar, conforme a Tabela 1, elaborada com base na Portaria n. 1.600 de 07 de julho de 2011, a lista dos componentes da RAU, bem como seus principais objetivos e características. A legislação vigente aponta que esses componentes tendem a ampliar o acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, visando garantir a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2011b).

Verifica-se também que a RAU é composta por vários serviços da RAS, contemplando ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Entende-se que a RAU é ampla e que não contempla apenas serviços e ações relacionados à urgência e emergência de um modo direto. A RAU pressupõe uma assistência integral, universal e equânime.

Tabela 1 – Componentes da Rede de Atenção às Urgências, seus principais objetivos e características.

Componente	Principais Objetivos e Características
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente.
Atenção Básica à Saúde	Ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências	Chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras).
Sala de Estabilização	Ser um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde.
Força Nacional de Saúde do SUS	Aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou regiões de difícil acesso.
Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)	É o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de Serviços de	Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza

Urgência 24 horas não hospitalares	cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
Hospitalar	Constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos hospitalares de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnósticos.
Atenção Domiciliar	Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Cabe ressaltar que o termo UAI se enquadra na legislação atual no componente “*Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24horas*”, mais precisamente no termo “*conjunto de serviços de urgência 24horas*”, já que possui as características e objetivos desse componente. Assim, entende-se que *UAI e conjunto de serviços de urgência 24 horas* são termos sinônimos.

A UAI, como um componente da RAU, possui competências, dentre as quais destacam-se as seguintes, de acordo com a Portaria n. 2.648 (BRASIL, 2011d):

- Articular-se com as unidades da APS, com outras unidades da atenção secundária e com serviços hospitalares e do SAMU. Essa articulação deve ser pautada em fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;
- Encaminhar usuários que não tiverem suas queixas resolvidas e que tiverem necessidade para internação em serviços hospitalares;
- Contrarreferenciar os usuários para os demais serviços da RAU, proporcionando continuidade ao tratamento.

Os serviços de urgência e emergência, apesar de superlotados, impessoais e atuarem sobre a queixa principal, reúnem um somatório de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos, exames laboratoriais e internações que os torna resolutivos sob a visão do usuário (RODRÍGUEZ *et.al.*, 2001; MARQUES; LIMA, 2008; O’DWYER, 2010; VON RANDOW *et al.*, 2011). Nesse sentido, os serviços de urgência e emergência constituem uma importante porta de entrada no sistema de saúde.

Quando se discutem as portas de entrada do sistema de saúde, faz-se necessário o entendimento de como as pessoas estão acessando os serviços e as disposições da atual

legislação. De acordo com Cecílio (1997), as pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível. Já Almeida *et al.* (2010) completam que o usuário deve acessar o sistema de saúde pelo serviço que atenda a suas necessidades naquele momento. A Portaria do MS n. 1.600, de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS explicita que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade (BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que os usuários do sistema têm sido vistos pelos profissionais e gerentes como alvo de estratégias de normalização de educação, de disciplinamento, visando ao funcionamento adequado do sistema de saúde. Cecílio (2012) descreve esse perfil como “usuário-fabricado”. Entretanto, o usuário que tem emergido é o “usuário-fabricador” que, como Cecílio (2012) explica, é o usuário que busca a satisfação de suas necessidades, produzindo “seu” sistema de saúde. O usuário busca rapidez no tempo de acesso ao cuidado, avaliada sempre em uma perspectiva individual, marcada pela experiência da doença (CECÍLIO, 2012).

Tendo em vista essas características e reconhecendo que os usuários têm acessado o sistema de saúde pelas portas de urgência e emergência, faz-se necessário o entendimento da continuidade do cuidado no contexto da urgência e emergência.

Os princípios da RAU tornam-se ainda mais eficientes quando associados aos conceitos de continuidade de cuidado, abordados no próximo capítulo. Quando se pensa nos serviços e objetivos da RAU, torna-se possível a visualização da continuidade do cuidado de forma “circular”, ou seja, o usuário entra no sistema por uma das possíveis “portas” e recebe ou deveria receber o que precisa para resolver seu problema e ter sua necessidade atendida. O “círculo” RAU, se funcionando de acordo com as diretrizes, é completo, devendo responder a todas as demandas do usuário.

Nesse sentido, o “círculo” RAU contribui para a integralidade no sentido horizontal, pensado por Mattos (2004), no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas por meio de um primeiro e único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades.

3.2 CONTINUIDADE DO CUIDADO: CONCEITOS E REFLEXÕES

Sendo a continuidade do cuidado o objeto de estudo desta pesquisa, os seus conceitos serão discutidos com base na literatura. Parte-se da premissa que a continuidade do cuidado tem sido considerada um importante indicador para a avaliação do desempenho do sistema de saúde (VIACAVA *et al.*, 2004).

Evidencia-se a falta de consenso na literatura internacional e nacional na definição do termo continuidade do cuidado bem como a utilização de outros termos que têm sido empregados sinonimamente como, coordenação do cuidado, planos de alta, gerenciamento de casos, integração de serviços e transferência de cuidado (STARFIELD, 2002; HAGGERTY *et al.*, 2003; SAULTZ, 2003; MENDES, 2009; CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

O conceito de coordenação está muito relacionado ao conceito de continuidade que, por vezes, se sobrepõem. Para Haggerty *et al.* (2003), a continuidade do cuidado é o resultado de uma coordenação efetiva decorrente dos mecanismos organizacionais e sistêmicos.

No entendimento de Mendes (2009) e Giovanella; Mendonça (2008) a coordenação como um atributo da APS, implicando a capacidade de garantir a atenção ininterrupta no interior da rede de serviços pela equipe de APS, depende de tecnologias de gestão clínica, de mecanismos adequados de comunicação entre profissionais e registro adequado de informações.

Essa essência da coordenação para Starfield (2002) consiste na disponibilidade de informações a respeito de problemas e atendimentos anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Apesar dos conceitos de coordenação e continuidade serem utilizados de maneira sinônima, em alguns momentos, algumas diferenças conceituais são observadas. Pesquisadores do Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, em um artigo de revisão, tiveram como objetivo desenvolver um entendimento comum do conceito de continuidade do cuidado em diferentes cenários de prática, como a atenção primária, saúde mental, serviços de enfermagem e no gerenciamento de problemas de saúde. Essa revisão demonstrou que a continuidade do cuidado transcende uma disciplina ou limites organizacionais e, dessa forma, como outras pesquisas evidenciou a necessidade da realização da validação e a mensuração da continuidade (HAGGERTY *et al.*, 2003; SAULTZ, 2003).

O termo continuidade do cuidado é empregado mundialmente e mais comumente relacionado à atenção primária. A continuidade do cuidado é considerada uma característica definidora da prática de saúde da família, definida pelo Instituto de Medicina da Universidade de Oregon nos Estados Unidos como o atributo central da atenção primária (SAULTZ; LOCHMER, 2005). Da mesma forma, na Inglaterra, Tarrant *et al.* (2010) discutem a continuidade do cuidado na atenção primária, fazendo uma relação positiva entre a confiança do paciente e os cuidados em saúde. Outro estudo realizado no Canadá apresenta a continuidade do cuidado como o principal valor da medicina de família, melhorando a satisfação do médico assim como a relação médico/paciente (DELVA; KERR; SCHULTZ, 2011).

Worrall; Knight (2011) em estudo desenvolvido na Província de Newfoundland e Labrador, no Canadá, definem a continuidade do cuidado como um dos princípios da medicina de família sendo vista como a relação entre médico e paciente, que se estende para além de episódios únicos de adoecimento. Já Starfield (2002) e Mendes (2009) definem essa relação profissional/paciente para os múltiplos episódios de doença e cuidados preventivos como longitudinalidade que implica ainda a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança entre a equipe de saúde, indivíduos e família. Ressalte-se que os termos longitudinalidade e continuidade são utilizados como sinônimos na literatura (STARFIELD, 2002, 2010; MENDES, 2009).

Para Starfield (2002), a continuidade do cuidado está relacionada a um problema de saúde específico e à sucessão de eventos entre uma consulta e outra, bem como aos mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação ao tratamento do paciente, sem a preocupação com o estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo. Essa sucessão de eventos pode ocorrer em um único ou entre múltiplos serviços.

Pastor-Sánchez *et al.* (1997), em pesquisas realizadas na Europa, também diferenciam os conceitos longitudinalidade de continuidade do cuidado. Os autores entendem a continuidade como o acompanhamento, por um mesmo médico ou não, de um problema específico do paciente. Diferente de Saultz; Lochmer (2005); Delva; Kerr; Schultz (2011) e Worrall; Knight (2011), Pastor-Sánchez *et al.* (1997) e Starfield (2002); compreendem a continuidade não como um elemento característico da APS, mas a continuidade da atenção como um aspecto da atenção secundária e terciária, no sentido de que os indivíduos que são

acompanhados por especialistas para seus problemas raros ou complexos possam alcançar um alto grau de continuidade (STARFIELD, 2002).

Ainda Pastor-Sánchez *et al.* (1997) e Starfield (2002) corroboram com a ideia de que a continuidade do cuidado não exige uma relação pessoal entre o profissional e o paciente, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia.

Ressalta-se que Starfield (2002) e Pastor-Sánchez (1997) apontam que não é necessário o estabelecimento de uma relação terapêutica na continuidade. Entende-se que essa relação abordada por esses autores consiste no estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário. Acredita-se que o alcance da continuidade não consista realmente no estabelecimento de vínculo, todavia, faz-se necessária uma relação humanizada, com escuta qualificada, entendendo o ser humano em sua singularidade e complexidade em todos os pontos de atenção do sistema de saúde.

Constata-se que frequentemente, os pacientes não têm uma fonte identificável de atenção que alcance a longitudinalidade e alcance a continuidade da atenção para problemas específicos. Isso é, há possibilidade de se ter continuidade sem longitudinalidade. Por exemplo, um prontuário médico completo pode estar disponível para todos os profissionais, enquanto os pacientes podem consultar com um profissional diferente ou ir a uma unidade diferente para cada consulta. Nessa situação, existe continuidade, mas não longitudinalidade (STARFIELD, 2002).

Ainda de acordo com Starfield (2002), situação inversa à apresentada pode ocorrer; os pacientes podem ter uma fonte habitual de atenção, na qual a longitudinalidade é razoavelmente bem alcançada, mas, ainda assim, faltar a continuidade para os eventos que ocorrem em sequência. Pode-se exemplificar com um paciente que sempre consulta com o mesmo profissional alcança a longitudinalidade, mas pode não haver nenhum mecanismo, além da memória humana, para a transferência de informações.

Neste estudo, utiliza-se como base para a discussão o conceito de continuidade do cuidado abordado por Pastor-Sánchez *et al.* (1997) e Starfield (2002). Além deste, que será empregado como conceito-chave nesta pesquisa, utilizar-se-ão, como apoio, outros pesquisadores como Haggerty *et al.* (2003); Saultz (2003) que apresentam os conceitos dos tipos de continuidade que embasarão a discussão desta pesquisa. São eles: continuidade informacional, continuidade gerencial e continuidade relacional.

Na continuidade informacional, entende-se informação como uma conexão que liga o cuidado de um profissional a outro profissional e um evento acontecido com o indivíduo a

outro. A informação documentada tende a focar a condição clínica do indivíduo, mas o conhecimento sobre as preferências do paciente, valores e o contexto são igualmente importantes para estabelecer uma ligação entre os eventos assistenciais e assegurar que os serviços são responsáveis pelas necessidades do indivíduo (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Ainda em relação à continuidade informacional, Starfield (2002) sugere que, para alcançar a coordenação da atenção, deve-se haver um mecanismo de transferência de informações a respeito dos problemas do paciente ou da atenção recebida para esses problemas. A continuidade, no contexto da medição da coordenação, envolve a presença de tal mecanismo para assegurar uma sucessão ininterrupta de eventos entre as consultas (STARFIELD, 2002).

Saultz (2003) complementa que a continuidade informacional implica que cada profissional atendendo a um paciente deva ter acesso a uma informação abrangente sobre a assistência à saúde prévia, ainda que prestada por diferentes profissionais em diferentes serviços.

A literatura na área da enfermagem enfatiza que a informação, principalmente a relacionada com a comunicação entre as enfermeiras, e a coordenação do cuidado ao longo do tempo são a base para a continuidade do cuidado (Haggerty et al., 2003). Souza, Frade e Mendonça (2005) explicam que a articulação entre os diferentes contextos de cuidados de saúde deverá ser assegurada por um modelo que assegure a partilha recíproca e confidencial da informação de enfermagem, em tempo real, com recurso às tecnologias de informação e comunicação.

Preocupações explícitas em relação ao alcance da continuidade do cuidado surgem desde os anos 1980, refletindo o aumento da complexidade no gerenciamento das doenças crônicas como AIDS, diabetes, doenças cardiovasculares, condições reumatológicas e câncer. Desse modo, a continuidade pode ser vista como uma oferta de serviços por diferentes profissionais com uma lógica coerente e de uma maneira oportuna. A literatura enfatiza o conteúdo dos protocolos de cuidado ou estratégias de gerenciamento, com atenção relativamente pequena aos processos requeridos para a implementação (Haggerty et al., 2003).

Em relação ao segundo tipo de continuidade citado, Haggerty et al. (2003) explicam que a continuidade gerencial é especialmente importante nas doenças com condições clínicas complexas e em doenças crônicas que requerem gerenciamento por muitos profissionais que podem potencialmente trabalhar com propostas interligadas. A continuidade é garantida quando os serviços são fornecidos de modo oportuno e complementar. Os planos de

gerenciamento compartilhados ou protocolos de cuidado facilitam o gerenciamento da continuidade, promovem o senso de previsibilidade e um cuidado no futuro de forma segura para pacientes e para o trabalho dos profissionais.

Já o termo continuidade relacional foi encontrado na literatura e pode ser entendido como uma continuidade que não estabelece uma ligação somente entre o presente e o passado, mas também uma ligação com o futuro. Haggerty et al. (2003) destacam que a referida continuidade é mais valiosa na APS e na saúde mental.

Ampliando a subdivisão, Saultz (2003) apresenta múltiplas dimensões da continuidade, sendo elas: a continuidade informacional, a continuidade longitudinal ou cronológica, continuidade interpessoal, continuidade geográfica, continuidade interdisciplinar e continuidade familiar. A continuidade longitudinal ou cronológica do cuidado refere-se a um contínuo padrão de interação nos cuidados de saúde que ocorre em um mesmo lugar, com o mesmo prontuário médico, e com o mesmo profissional. A continuidade interpessoal refere-se a um tipo especial da continuidade longitudinal em que uma relação pessoal contínua entre paciente e profissional é caracterizada pela confiança e responsabilidade pessoal (SAULTZ, 2003).

Já a continuidade geográfica refere-se a um cuidado fornecido com continuidade, independente da localização do paciente (casa, hospital, ambulatório). A continuidade interdisciplinar, também referida como continuidade do generalismo, implica um cuidado que permite conhecimento prévio do paciente mesmo quando este requer um vasto campo de serviços e uma extensão de especialidades médicas. A continuidade familiar é definida como um sistema de cuidado no qual os membros da família recebem cuidado de profissionais que têm conhecimento contínuo dos problemas de saúde dos membros das famílias (SAULTZ, 2003).

A partir da análise dos distintos tipos de continuidade, observa-se que a continuidade propicia um cuidado centrado no usuário. Em relação à percepção dos pacientes e profissionais sobre a continuidade do cuidado, Haggerty et al., (2003) e Souza, Frade e Mendonça (2005) afirmam que a continuidade não é um atributo dos profissionais ou organizações. A continuidade se traduz na forma como o indivíduo sente a integração dos serviços e a coordenação do cuidado. Assim, para os pacientes e seus familiares, a experiência da continuidade é a percepção de que os profissionais sabem o que aconteceu anteriormente, que diferentes profissionais têm um consenso em relação ao plano de cuidados, e que os profissionais os conhecem.

Para os profissionais, a percepção de continuidade está relacionada ao conhecimento e informação suficientes sobre o paciente com vistas à melhor aplicação da competência profissional, bem como a confiança de que seus cuidados serão reconhecidos e buscados por outros profissionais (HAGGERTY et.al., 2003).

A literatura internacional evidencia inúmeras vantagens da continuidade do cuidado para o sistema de atenção como um todo. Pesquisadores da Universidade de Oregon nos Estados Unidos relacionaram os resultados da continuidade do cuidado e os custos do cuidado em saúde. Segundo os autores, os custos são significativamente menores quando se tem a continuidade e consideram que é provável uma significativa associação entre a continuidade e a melhora dos cuidados preventivos e a redução da hospitalização (SAULTZ; LOCHMER, 2005).

Uma pesquisa realizada na província de Newfoundland e Labrador, no Canadá, cujo objetivo foi investigar a relação entre a continuidade do cuidado e todas as causas de mortalidade e hospitalização aguda em idosos com diabetes, demonstrou que os pacientes com diabetes, assistidos por médicos de família que visavam à continuidade do cuidado, tiveram taxas de hospitalização e mortalidade menores em comparação ao grupo com menos ações de continuidade (WORRAL; KNIGHT, 2011). Assim, percebe-se a importância da continuidade do cuidado para uma provável redução da mortalidade e hospitalização em idosos com diabetes.

Outro estudo, também realizado no Canadá, publicado em 2012, relacionou a continuidade do cuidado e a utilização dos serviços de urgência e emergência. Dentre os pacientes, sujeitos da pesquisa, com menos de 65 anos de idade, o uso dos serviços de urgência foi maior para aqueles não vinculados à APS do que para aqueles vinculados. Dentre os pacientes com mais de 65 anos que tinham vínculo com um médico especialista, ao invés de um médico da família, houve um aumento no uso dos serviços de urgência. A pesquisa demonstrou que uma maior continuidade do cuidado associada com o vínculo com o médico especialista prediz um menor uso dos serviços de urgência em geral, particularmente entre indivíduos com várias comorbidades e múltiplas internações em hospitais (MC-CUSKER, et al., 2012).

Reiteram Roland et al. (2005) e Ittu-Ionescu et al. (2007) que a continuidade do cuidado pode melhorar a resolutividade já que o aumento do uso do setor de urgência encontra-se associado a baixos ou médios níveis de continuidade do cuidado. Os resultados de estudos dos referidos autores apontam que dentre os determinantes do aumento do uso da

emergência entre pacientes destacam-se: residir em áreas rurais, possuir baixo status econômico e residir em locais onde o raio de incidência de um médico da família é grande.

Percebe-se, nos últimos estudos apresentados, que a continuidade do cuidado pode reduzir a hospitalização desnecessária, a utilização de serviços de urgência e emergência que aumentam os custos no setor saúde e diminui a qualidade de vida da população. Reforça-se, dessa forma, que a continuidade é fator determinante para a qualidade do cuidado.

PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, descreve-se metodologia utilizada para a realização desta investigação, contemplando características do estudo e do cenário da pesquisa, os sujeitos da pesquisa, a coleta de dados, a análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, considerando a natureza subjetiva do objeto a ser pesquisado, ou seja, a percepção de gerentes, trabalhadores e usuários de uma UAI a respeito da continuidade do cuidado.

A pesquisa descritiva consiste em descrever as características do que é pesquisado, sendo, nesta pesquisa, a descrição de um fenômeno (GIL, 2007; CANZONIERI, 2011).

A pesquisa qualitativa implica, necessariamente, por definição, entender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos (TURATO, 2011). Para Minayo (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Assim, a escolha dessa abordagem mostra-se adequada por permitir uma aproximação com a realidade e por trabalhar com o universo de significados, correspondendo a um espaço mais profundo nas relações dos processos e fenômenos. A pesquisa qualitativa permite, como explica Minayo (2010), em uma sistematização progressiva do conhecimento pela empiria, até a compreensão lógica interna do processo em estudo; aqui, a continuidade do cuidado na percepção de “indivíduos” envolvidos em um fenômeno.

Portanto, ao se fazer uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa, não se busca um fenômeno de grande porte, mas algo que possa ser delimitado, descrito de maneira detalhada e profunda em um contexto de relações rico de significados, aspirações e atitudes.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário deste estudo centra-se em uma UAI localizada no município de Betim, Minas Gerais. A escolha dessa unidade para a realização da pesquisa se deu pelo critério de acessibilidade geográfica para os pesquisadores.

O município de Betim faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), representando o segundo maior Produto Interno Bruto da RMBH. Possui ainda a quinta maior população do estado de Minas Gerais, com 378.089 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2010b).

A história de Betim remonta ao século XVIII, quando o Brasil vivia o auge do ciclo do ouro. Nos anos 1940, instalaram-se as primeiras indústrias de Betim ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional. Nos últimos 30 anos, Betim abrigou grandes indústrias das áreas petroquímica, automotiva e metalúrgica (BETIM, 2012a).

No setor saúde, o município conta com 120 estabelecimentos entre serviços do SUS e da saúde suplementar. Dentre os serviços públicos, Betim conta com 34 unidades básicas de saúde (UBS), quatro UAIs, dois hospitais, sendo um deles o Hospital Público Regional de Betim e uma maternidade. Além dessas unidades, possui também unidades laboratoriais, serviços de imagem, centros de especialidades médicas, centros de referência em saúde mental (CERSAM), SAMU, dentre outros serviços (IBGE, 2010b).

Há de se destacar o Hospital Público Regional de Betim que representa a maior unidade de saúde do município. É um hospital geral, possuindo pronto atendimento, centro cirúrgico, maternidade, centro de terapia intensiva neonatal, pediátrica e adulto. Sua abrangência assistencial atinge, além de Betim, os 16 municípios que fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (Cismep) (Betim, 2012c).

As UAIs, dentre outras atividades, devem prestar atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial (BRASIL, 2011d).

A UAI, na qual foi realizada a pesquisa, conta com 239 profissionais, sendo um gerente de unidade, um coordenador da equipe médica, um coordenador da equipe de enfermagem, médicos (clínicos, pediatras, cirurgião geral, radiologista), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, farmacêutico, bioquímico, técnico de laboratório, auxiliar de laboratório, recepcionista, oficial de apoio à saúde, auxiliar de apoio à saúde, técnico de Raio X, agente de higienização e guarda patrimonial. Nessa unidade são atendidos em média 6.200 usuários por mês (MACHADO, 2012). A escolha de uma UAI,

como cenário deste estudo, decorre da importância da inserção desse ponto de atenção à saúde na configuração atual do sistema de saúde.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo remetem-se a profissionais ligados aos cargos de gerência da UAI, gerência administrativa e gerência técnica (coordenador da equipe médica e coordenador da equipe de enfermagem), totalizando três sujeitos; profissionais de nível superior, perfazendo 12 profissionais (cinco enfermeiros, cinco médicos e duas assistentes sociais) e usuários da UAI portadores de DCNT. A inclusão dos usuários como sujeitos da pesquisa foi orientada pelos seguintes critérios: ter mais de 18 anos, ser portador de uma DCNT, receber atendimento na UAI e aceitar participar da pesquisa. Ressalta-se que quatro entrevistas foram realizadas com familiares e/ou cuidadores que no momento da entrevista estavam como acompanhantes dos pacientes (sendo uma entrevista realizada com uma cuidadora, uma com a irmã do usuário e duas entrevistas com filhos), visto que esses pacientes estavam impossibilitados por algum motivo de realizarem as entrevistas. A entrevista realizada com familiares/cuidadores não trouxe prejuízo à pesquisa, visto que o conteúdo da entrevista permite que tanto usuários quanto familiares/cuidadores (nomeados acompanhantes) possam contribuir de modo semelhante.

Os sujeitos foram identificados da seguinte forma: G1, G2, G3 (gerentes); E1, E2, E3, E4, E5, (enfermeiros); M1, M2, M3, M4, M5, (médicos), AS1, AS2 (assistentes sociais); U2, U3, U4 (usuários) e AU1 (acompanhante do usuário 1 - cuidadora), AU5 (acompanhante do usuário 5 - irmã), AU6 (acompanhante do usuário 6 - filha), AU7 (acompanhante do usuário 7 - filha).

Tabela 2 – Sujeitos da pesquisa.

Sujeitos da Pesquisa	n
Gestores	03
Profissionais	12
Usuários	03
Acompanhantes	04
TOTAL	22

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Para os profissionais (médicos e enfermeiros) e usuários, utilizou-se o critério da repetição e da relevância (BARDIN, 2009; TURATO, 2011). As assistentes sociais e gerentes foram entrevistados em sua totalidade. A Tabela 3 representa a quantidade de profissionais entrevistados por categoria.

Tabela 3 – Profissionais entrevistados por categoria.

Profissionais entrevistados por categoria	n
Assistente Social	02
Enfermeiro	05
Médico	05
TOTAL	12

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

O critério de repetição consiste na atividade de evidenciar as reincidências, considerando todas as suas ocorrências nos discursos. Por outro lado, no critério da relevância, consideram-se outros aspectos mencionados pelos sujeitos da investigação sem que, necessariamente, haja repetição no conjunto do material coletado, mas que, na ótica do pesquisador, constitui-se de uma fala rica ao confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação (TURATO, 2011). Assim, as entrevistas foram sendo transcritas na íntegra à medida que foram sendo realizadas.

A idade dos usuários variou de 29 a 78 anos, com uma média de idade de 57 anos. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 foi verificado que a proporção de pessoas com doenças crônicas crescia conforme aumentava a faixa etária (IBGE, 2010a). As DCNT apresentadas pelos usuários da pesquisa correspondem às principais DCNT no Brasil e no mundo (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2011e) e encontram-se listadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis apresentadas pelos usuários sujeitos da pesquisa.

Usuário	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
1	Sequela de traumatismo cranioencefálico e úlceras por pressão infectadas.
2	Asma e hipertensão arterial sistêmica.
3	Úlcera venosa em membro inferior direito e hipertensão arterial sistêmica.
4	Sequela de traumatismo cranioencefálico e úlceras por pressão infectadas.

5	Hipertensão arterial sistêmica, diabetes, cardiopatia, depressão e lesão crônica em membro inferior esquerdo.
6	Asma
7	Enfisema Pulmonar e hipertensão arterial sistêmica

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Observa-se que seis dos sete usuários apresentam mais de uma DCNT. Na PNAD de 2008 do total da população residente, 31,3% afirmaram ter pelo menos uma doença crônica, o que correspondia a 59,5 milhões de pessoas, do total, e 5,9% declararam ter três ou mais doenças crônicas (IBGE, 2010a). Outra característica evidenciada é que dois usuários são totalmente dependentes para as atividades de vida diária, três são parcialmente dependentes e dois são independentes.

Na Tabela 5 são apresentadas algumas características sociodemográficas dos usuários.

Tabela 05 – Sexo, estado civil e escolaridade dos usuários.

Sexo, estado civil e escolaridade dos usuários				
Sexo	Feminino	Masculino		
	05	02		
Estado Civil	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado
	02	02	02	01
Escolaridade	Analfabeto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo	
	02	04	01	

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Observa-se também a predominância de usuários do sexo feminino, o que encontra-se em consonância com a PNAD de 2008, na qual foi observado em percentual de mulheres com doenças crônicas (35,2%) superior ao de homens (27,2%) (IBGE, 2010a).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2012, utilizando-se um roteiro de entrevistas semiestruturado previamente elaborado que permitiu ampliações e/ou adaptações em sua forma de acordo com o andamento do diálogo. Utilizaram-se três roteiros distintos, sendo um para os gerentes, um para os profissionais e outro para os usuários (APÊNDICE A, B e C). Os roteiros foram elaborados tendo em vista as especificidades de cada grupo de sujeitos, partindo de alguns questionamentos básicos referentes aos objetivos e pressupostos que interessavam ao estudo e ofereciam oportunidades de surgimento de novos questionamentos, mediante as respostas dos sujeitos. Segundo Matheus (2006), na entrevista com roteiro semiestruturado, o sujeito participa da elaboração do conteúdo da pesquisa, à medida que segue a linha de seus pensamentos e de suas experiências, relacionadas ao foco principal da entrevista. Assim, a entrevista foi escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto deste estudo (MINAYO, 2010). As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas com os profissionais e gerentes no horário e local de trabalho. Os usuários/familiares foram entrevistados no período em que estavam sendo atendidos na UAI e conforme sua disponibilidade.

Ressalta-se que os instrumentos de coleta de dados foram previamente testados, em entrevistas piloto, com profissionais de outra UAI.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados utilizou-se a técnica da análise de conteúdo (Bardin, 2009), a qual é entendida como um conjunto de técnicas análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2009).

Pertencem ao domínio da análise de conteúdo todas as iniciativas que, por meio de um conjunto de técnicas parciais e complementares, consistam na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão dos mesmos. A análise de conteúdo trabalha a

palavra, ou seja, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. Procura conhecer aquilo que se encontra subjacente às palavras sobre as quais se debruça (BARDIN, 2009).

O conteúdo das respostas foi analisado do geral para o particular, ou seja, determinaram-se, em primeiro lugar, as rubricas de classificação para, em seguida, arrumar o todo.

Assim, os dados coletados por meio da entrevista foram transcritos em sua totalidade, respeitando todas as falas, expressões e pensamentos dos sujeitos, para se entenderem sua vivência e aprendizado ligados ao tema exposto. As fases da análise de conteúdo foram organizadas em três polos cronológicos como propostos por Bardin (2009), quais sejam, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise consistiu na organização propriamente dita, com o objetivo de tornar operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, com vistas a alcançar um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. A fase da exploração do material consistiu essencialmente em operações de codificação do material obtido, na qual os dados brutos foram transformados de forma sistemática e agregados em unidades que permitiram a descrição das características pertinentes do conteúdo.

A categorização é parte integrante dos procedimentos de análise. Bardin (2009) define a categorização como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns desses elementos. Desse processo de análise, resultaram três categorias temáticas: (01) *Continuidade do cuidado: uma análise à luz do conceito de continuidade informacional*; (02) *Continuidade gerencial: do gerenciamento das condições crônicas à complexidade gerencial*; (03) *O Programa de Internação Domiciliar como expressão da continuidade do cuidado*.

O processo de análise dos dados deu-se sob a ótica do referencial teórico, procurando responder aos questionamentos da pesquisa e aos objetivos propostos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo compõe o projeto intitulado: “As UPAS de Belo Horizonte e sua inserção na Rede de Atenção a Saúde: perspectivas de gestores, profissionais e usuários”, aprovado em

2011, Parecer ETIC n° 0057.0.410.203-10 (ANEXO A). Em 2012, o cenário da pesquisa foi ampliado para o município de Betim-MG (ANEXO B). A ampliação do cenário e a realização desta pesquisa, enquanto subprojeto foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO C). As normas do Conselho Nacional de Pesquisa envolvendo Seres Humanos foram observadas e aplicadas em todas as fases da pesquisa (BRASIL, 1996).

Aos entrevistados foram garantidos o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e o emprego das informações somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, após a anuência dos sujeitos, foi por eles assinado. O TCLE foi diferente para os profissionais e gerentes (APÊNDICE D) e para os usuários (APÊNDICE E) por se utilizar um vocabulário adequado para cada um dos grupos de sujeitos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO: UMA ANÁLISE À LUZ DO CONCEITO DE CONTINUIDADE INFORMACIONAL

Neste capítulo é apresentada a análise da percepção dos sujeitos da pesquisa a respeito da continuidade informacional. A referida continuidade consiste em um conjunto organizado de informações clínicas e sociais sobre cada usuário, prontamente disponível para qualquer profissional. Esse conjunto de informações pode estar presente em apenas um serviço de saúde ou no sistema de atenção à saúde como um todo (HAGGERTY *et al.*, 2003; SAULTZ, 2003). A sugestão de Starfield (2002) é que exista um mecanismo para transferir as informações a respeito dos problemas do paciente ou da atenção recebida para esses problemas.

Neste estudo, a continuidade informacional foi assumida como um dos pilares da continuidade do cuidado e da interação entre os serviços de saúde. Segundo Saultz (2003), a continuidade informacional pode ser entendida como o mais importante aspecto da continuidade do cuidado na prevenção de erros e na segurança do paciente.

Antes de discorrer sobre continuidade informacional, considera-se necessário distinguir informação de comunicação. A informação é a manifestação ou expressão de um conteúdo de conhecimento qualquer, seja um fato, um dado, um acontecimento, um resultado científico, um gesto, um sentimento, tudo enfim que se deixa conhecer (BRASIL, 2003). Na continuidade informacional, a informação é entendida como uma conexão que liga o cuidado de um profissional a outro profissional e um evento acontecido com o indivíduo a outro evento (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Comunicação, de acordo com Marquis e Huston (2005), é a troca complexa de pensamentos, ideias ou informações em, pelo menos, dois níveis: verbal e não verbal. A comunicação tem início, no momento em que duas ou mais pessoas percebem a presença umas das outras. A comunicação pode ser considerada, também, como um produto do encontro social (BROCA; FERREIRA, 2012).

Na visão de Peres e Leite (2010), na informação, não há uma interação entre os sujeitos, enquanto a comunicação só existe quando há interação interpessoal. Essas autoras

ainda distinguem dados de informação, já que correspondem a conceitos distintos. Dados constituem um conjunto de registro sobre os fatos, passíveis de serem ordenados, analisados para se chegar a uma conclusão. Um dado é um simples registro de fatos. Assim, informações são dados ordenados de forma coerente e significativa para fins de compreensão e análise.

Mediante o exposto, observa-se que o termo continuidade informacional é usualmente utilizado, mas entende-se que está inculcida na continuidade informacional o que pode-se nomear de “continuidade da comunicação”, pois nesse contexto da continuidade do cuidado não é possível ter continuidade informacional sem a interação entre os indivíduos e sem comunicação.

A FIG. 1 representa o esquema explicativo sobre a primeira categoria de análise que enfoca a continuidade informacional.

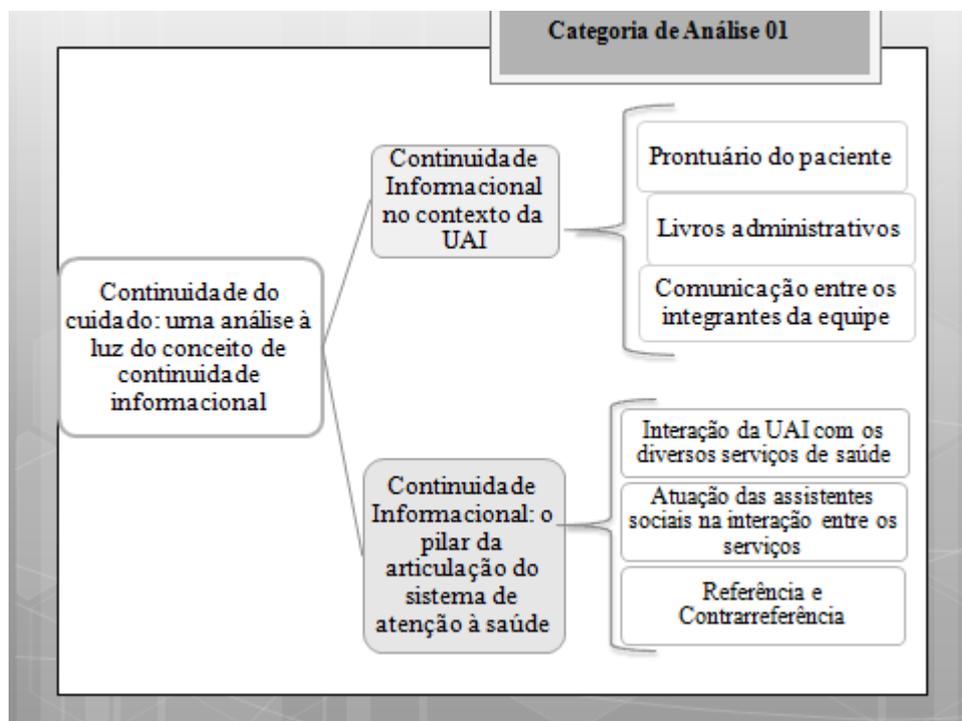


FIGURA 1 – Esquema explicativo da categoria de análise 01.

Ao analisar o *contexto da UAI*, alguns elementos que interferem na continuidade informacional foram encontrados. Entende-se que o **prontuário do paciente** é um dos elementos que compõem a troca de informações entre os profissionais, sendo um importante meio de comunicação entre eles. Identificou-se, ainda, livros de relatórios, denominados **livros administrativos**, sendo um destinado aos enfermeiros e outro para as assistentes sociais. A **comunicação entre os integrantes da equipe** foi apontada como fundamental para a continuidade informacional.

A continuidade informacional, no sentido externo à UAI, nomeada de *pilar da articulação do sistema de atenção à saúde*, foi analisada e discutida na perspectiva da **interação da UAI com os diversos serviços de saúde**, bem como a **atuação das assistentes sociais na interação entre esses serviços**. Abordou-se, ainda, a **referência e a contrarreferência**. Essa discussão decorre da premissa de que a continuidade do cuidado é alcançada mediante a necessidade de contato do usuário com os diversos serviços de saúde e da busca pela assistência usuário-centrado.

5.1.1 Continuidade informacional no contexto da UAI

Porque o prontuário, além dele ser um documento, é ele que faz toda essa articulação com as equipes, porque os plantões mudam, então é o prontuário mesmo que é a referência de todo mundo. (AS2)

No questionar os profissionais em relação à transferência interna de informações sobre os usuários atendidos na UAI, foram identificadas deficiências de natureza qualitativa e quantitativa nos registros médicos, de enfermagem e das assistentes sociais, relacionadas aos prontuários dos pacientes. Tais deficiências interferem na continuidade do cuidado, conforme evidenciado nos depoimentos:

Eu considero que nem tem prontuário. (M2)

Na verdade, aqui tem uma coisa de escrever pouco mesmo, tem prontuário aqui que o médico escreve uma linha e o enfermeiro não evolui. Foi criada essa cultura de não evoluir. (E3)

Todos nós profissionais, falo que a gente precisa aprender a ler e a escrever de novo, tanto o médico, quanto a enfermagem. O médico é gritante, uma boa parte deles faz uma evolução de duas ou três linhas e quando chega um médico recém-formado que faz uma evolução impecável, aí maldosamente a gente começa a reclamar, nossa o médico está demorando demais, a gente acostumou com o errado e, aí, acostumar com o certo é difícil. (G3)

Apesar dos relatos de deficiência nos prontuários, AS2 declara entender a importância do prontuário para a continuidade do cuidado.

Porque o prontuário, além dele ser um documento, é ele que faz toda essa articulação com as equipes, porque os plantões mudam, então é o prontuário mesmo que é a referência de todo mundo. (AS2)

Em pesquisa realizada em quatro municípios do estado do Rio de Janeiro, com o objetivo de avaliar a qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, foram observadas limitações nos registros de atendimento, sugerindo dificuldade na continuidade da prestação

do cuidado e baixa qualidade técnico-científica (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAES, 2008). A situação descrita se aplica à UAI em estudo e pode interferir na sucessão ininterrupta de eventos, dificultando o prosseguimento da assistência, ou seja, da continuidade do cuidado.

Constatou-se, em investigação realizada em algumas unidades básicas do município de São Paulo, que as unidades com o Programa Saúde da Família (PSF) possuem registros mais sistemáticos, se comparadas às demais. Os referidos registros favorecem a melhor compreensão do processo saúde-doença, a integração entre os profissionais e o acompanhamento sistemático do paciente, promovendo a continuidade da assistência, e, portanto, a integralidade da atenção (PRADO; FUJIMORI, 2006). A realização de registros sistemáticos que beneficiem profissionais e pacientes deve ocorrer em todos os serviços de saúde independentemente de suas características.

Em um estudo realizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, detectou-se que, apesar de os profissionais valorizarem aspectos de ordem social e psicológica, há preponderância de questões biológicas nos registros (SARTI; ANDERSON; MARTO, 2008). Esse achado demonstra prejuízos na assistência integral, podendo interferir negativamente na continuidade do cuidado, levando-se em consideração que o ser humano está inserido em um contexto social, econômico, político, cultural e que possui necessidades amplas, e não somente de cunho biológico.

Fato semelhante ao descrito anteriormente foi observado na UAI em estudo, na qual os profissionais priorizam registros focados em aspectos biológicos em detrimento aos aspectos sociais e psicológicos.

No geral a equipe escreve o que está mesmo correlacionado ao paciente e a doença dele. (E1)

O prontuário aqui a gente já teve muitos problemas, assim judiciais, o profissional mesmo, de não escrever quase nada no prontuário. [...] Eles [médicos] não preenchem o prontuário muito bem, é muito resumido, vai lá escreve o que o paciente falou. (G1)

Observa-se, ainda, que algumas vezes as informações podem ser registradas de forma incompleta em decorrência da característica do trabalho em unidades de urgência e emergência.

Num serviço de urgência e de emergência em que o número de pacientes é grande que você tem que atender, às vezes, você não tem muito tempo para ficar no detalhamento de outras coisas assim, a gente pergunta o que é importante realmente. Mas se tivesse o sistema informatizado ajudaria. Você voltaria e logo iria ver ali e ficaria mais fácil. (M1)

Pode-se afirmar que os registros de toda a equipe de saúde apresentam deficiências. Nessa ótica, achados de pesquisa de Labbadia; Adami (2004) em um hospital universitário apontaram que as anotações de enfermagem são realizadas de forma incompleta e fragmentada, impossibilitando a identificação de aspectos mínimos de condutas de enfermagem que visem à segurança e à continuidade da assistência ao paciente internado, comprometendo, assim, os aspectos éticos e legais da documentação. Na UAI estudada, o problema descrito também foi identificado e precisa ser levado em consideração, sendo a equipe de enfermagem a maior no que se refere ao quantitativo de trabalhadores e a natureza do trabalho realizado.

Outra fragilidade foi evidenciada nas declarações dos trabalhadores da UAI em relação ao prontuário do paciente. Assim, o prontuário não é entendido como um documento norteador das próximas ações para assegurar a continuidade do cuidado.

Mas, assim, tem profissionais que não leem a evolução de enfermagem. (E1)

Até que quando o paciente fica aqui mais tempo, eles, os médicos acabam lendo, mas como a história é tão curta, tão pouco detalhe, eles acabam tendo que colher quase toda a história de novo, vai atrás do paciente, então para a maioria é bem mais rápido ir no paciente e perguntar tudo, é mais rápido que ler o prontuário, questão de letras quase ilegíveis. (G1)

Eles [técnicos e auxiliares de enfermagem] acham que não vale a pena escrever por que as pessoas não leem. (G3)

A esse respeito, Starfield (2002) esclarece que a maioria dos prontuários são utilizados apenas como auxílio para a memória do próprio profissional que fez os registros. Outros profissionais apresentam menor probabilidade de utilizar as informações, mesmo que estejam disponíveis.

Haggerty *et al.* (2003) explicam que, para os profissionais, a percepção de continuidade está relacionada ao conhecimento e informação suficientes sobre o paciente com vistas à melhor aplicação da competência profissional, bem como a confiança de que seus cuidados serão reconhecidos e buscados por outros profissionais.

É perceptível que prontuários referentes aos atendimentos prévios na UAI não têm sido utilizado para orientar o atendimento atual. Cabe salientar que as informações prévias podem ajudar na tomada de decisão e na sucessão entre os eventos de forma contínua, conforme explicitado por AS1 e M2.

Nesse sentido, a continuidade relacional é entendida como uma continuidade que não estabelece uma ligação somente entre o presente e o passado, mas também estabelece uma ligação com o futuro (HAGGERTY *et al.*, 2003)

Aqui não é informatizado; aí, nós temos um problema, quando precisa do prontuário a gente tem que saber a data que ele entrou; se não souber a data que ele entrou, aí fica difícil de conseguir o prontuário anterior. (AS1)

Toda vez é um prontuário avulso. Então, assim, às vezes o paciente está aqui, ficou 30 dias. Aí, recebe uma alta, aí vai embora e o prontuário dele vai ser arquivado, em algum lugar. Tem um arquivo. Aí, ele chega, às vezes, chega, um dia depois, aí abre outro prontuário. [...] Então, assim, eu não consigo nem ver que medicamento que ele estava tomando. É um problema. (M2)

Observa-se que a dificuldade para acessar as informações prévias dos usuários pode ser influenciada por características organizacionais da UAI.

Os profissionais da UAI sugerem que a utilização do prontuário eletrônico pode se caracterizar como importante estratégia de verificação de informações de atendimentos anteriores dos usuários e direcionar o atendimento atual.

Mas, aí, se for informatizado, fica mais fácil, por que aí o prontuário é eletrônico, dá para você baixar e ver. (E4)

Seria melhor se fosse tudo informatizado, se tivesse armazenado no computador e você pudesse acessar e obter essas informações. (M1)

Inclusive eu acho que seria uma grande evolução ter o prontuário. De preferência eletrônico, para você digitar o nome da pessoa e já ver tudo que aconteceu. Para os dois lados. Tem gente que tem muita coisa que teve no passado, muito importante. E tem gente que teve um passado de falar assim: quê que esse moço está fazendo aqui de novo? (M2)

O prontuário eletrônico do paciente (PEP), proposto em 1997 pelo *Institute of Medicine* dos Estados Unidos, foi definido como um registro eletrônico do paciente, constituindo um sistema especificamente projetado para dar apoio aos profissionais por meio da disponibilidade de dados completos e corretos (COSTA, 2001). Outras definições relacionadas a prontuário eletrônico são apresentadas na pesquisa de Costa (2001): *Electronic Medical Record*, ou Prontuário Médico Eletrônico utilizado para descrever sistemas desenvolvidos para consultórios médicos ou centros de saúde. Incluem elementos de identificação do paciente, medicamentos e geração de receitas, registros de resultados de exames laboratoriais e, em alguns casos, todas as informações de saúde registradas pelo médico em cada visita do paciente.

A Organização Mundial de Saúde apresenta alguns outros conceitos de PEP como *Computer-based Patient Record* ou Registro do Paciente Baseado no Computador que é mais focado nos registros hospitalares e pode conter outras funções agregadas, como emissão de alertas, prescrição e solicitação de medicamentos, informações sobre admissão e alta, dados financeiros e registros feitos pela equipe multiprofissional (WHO, 2006). Tem-se, ainda, o *Electronic Health Record* ou Registro Eletrônico de Saúde, que contém todas as informações

individuais de saúde, e poderá ser acessado por vários profissionais ao longo da vida do indivíduo, apresentando registros hospitalares e ambulatoriais (WHO, 2006).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina reconhece a importância do uso de sistemas informatizados para a guarda e o manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação, bem como a digitalização dos prontuários, como instrumento de modernização, com consequente melhoria no atendimento ao paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Starfield (2002) ressalta que alguns métodos mais convencionais, embora não necessariamente mais fáceis, podem melhorar a transferência de informações e, portanto, a continuidade. Tais métodos envolvem prontuários médicos ou sistemas de informações computadorizados.

Patrício e colaboradores (2011) afirmam que o PEP pode otimizar o trabalho da equipe de saúde, pois permite o acesso mais veloz às informações do paciente e à documentação dos atendimentos prestados ao longo da vida. Ademais, proporciona legibilidade aos dados e integração com outros sistemas de informação.

Cabe salientar que a despeito dos profissionais considerarem a relevância do prontuário eletrônico na prestação da assistência ao usuário, o fato de possuir um sistema informatizado nas unidades de saúde não garante a existência da continuidade informacional. Nesse sentido, Sousa, Frade e Mendonça (2005) entendem que grande parte dos dados compartilhados entre os profissionais não se transforma em informação, seja por falta de integridade referencial, por duplicação, por pouca confiabilidade e credibilidade ou por falta de interatividade entre os diversos sistemas de informação.

Acredita-se que a discussão em torno da importância da troca, partilha e qualidade das informações registradas pelos profissionais deva começar na formação desses e continuar durante a atuação profissional.

Nessa perspectiva, Patrício *et al.* (2011) acrescentam algumas dificuldades para a implementação do PEP, principalmente no que se refere aos aspectos éticos, à falta de padronização entre os sistemas e ao manuseio dos *softwares*. Em relação aos sistemas integrados, Costa (2001) e Patrício *et al.* (2001) discutem que as maiores dificuldades para a adoção desse sistema: falta de capital para sua aquisição; custo de manutenção; resistência da equipe; taxa de retorno do investimento duvidosa; equipe de tecnologia da informação inadequada; dificuldade de interação das informações entre os diferentes serviços (hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios) e entre os diversos profissionais.

Dias (2012), em uma pesquisa realizada para avaliar as estratégias de coordenação entre a APS e a atenção secundária de Belo Horizonte, evidenciou que as principais vantagens do prontuário eletrônico apontadas por gerentes e médicos da APS são a continuidade do cuidado, o aumento da comunicação entre níveis assistenciais, o acesso rápido às informações do paciente, a visão integral do paciente. As principais desvantagens do prontuário eletrônico são lentidão do sistema, segmentação dos programas, formato rígido e desatualizado e perda de informações.

Cabe salientar que o PEP pode facilitar a gestão dos serviços, a comunicação, o compartilhamento das informações e a qualidade da assistência prestada. Contudo, vale reiterar que somente a utilização do PEP não é capaz de assegurar a continuidade informacional, visto que os profissionais precisam fazer registros completos e fidedignos. A esse respeito, Malta e Merhy (2010) sugerem que um sistema de informação baseado em informações individuais, que possibilite capturar dados dos usuários de risco de forma contínua, mapeando grupos e indivíduos prioritários e seus eventos adversos, como complicações e internações, poderia contribuir com a efetivação da linha de cuidado e para a continuidade do cuidado.

Ressalta-se ainda a existência de sistemas de informação que incluem o PEP que são utilizados apenas em um serviço de saúde e outros sistemas integrados entre vários serviços. Os dois tipos de sistema de informação são imprescindíveis para a continuidade do cuidado, mas os sistemas que englobam vários serviços de saúde são mais completos no quesito informação sobre os usuários. No depoimento de G1 são salientadas as vantagens de prontuário único para vários serviços de saúde.

O prontuário único no município ou no país, no estado, porque aí tem como você puxar a história do paciente na atenção básica, você fazê-la aqui, está retornando na atenção básica, aí a equipe, o médico lá sabe do paciente [...] vamos ver a história, esteve lá por causa disso, coisa que poderia ter sido prevenido [...]. (G1)

Durante as entrevistas, algumas sugestões foram dadas pelos profissionais visando à melhoria do prontuário do paciente. Tais sugestões estão relacionadas com a organização e disposição dos documentos e direcionamento em relação ao que deve ser registrado, melhorando a continuidade informacional.

Mas eu acho assim, que poderia melhorar um pouco seria a organização dos prontuários, dos exames. Isso aí facilitaria muito. Por exemplo, tem uma parte que é evolução da enfermagem, evolução do médico, exames, que fosse mais organizado. Por aqui é tudo uma pastinha para tudo. O enfermeiro evolui junto com o médico, os exames ficam todos misturados, do dia primeiro ou do dia 10 ou do dia 30. (M3)

Às vezes até mesmo um protocolo para registro e organização dos prontuários. Toda evolução tem que ter pelo menos dia de internação. Quantos dias de antibiótico.

Porque toda, por exemplo, toda evolução ter o diagnóstico para o paciente, a conduta, se é só mantida, ou se está aguardando um exame, ou terminar um antibiótico, tudo, facilitaria. Porque muitas vezes não é o mesmo médico que vê o paciente. Então, às vezes, a gente tem que dar uma olhada em todo o prontuário do paciente. (M3)

Acredita-se, que com a utilização ou não de prontuários eletrônicos, cabe aos profissionais e gestores a responsabilidade pela realização de registros completos e fidedignos. Acrescenta-se que essa deva ser uma preocupação desde a formação dos profissionais de saúde.

Pôde-se verificar que os profissionais utilizam livros administrativos, também chamados de livros de relatório, para registrar questões administrativas e também relacionadas à assistência aos usuários. Identificou-se a existência de dois livros: um dos enfermeiros e um das assistentes sociais:

Eu acho que não se criou o hábito disso [registrar o cuidado prestado no prontuário] aqui, entendeu? Nosso mesmo, a gente tem o nosso livro de relatório. No livro de relatório que se coloca alguma avaliação, mas é mais assim uma lista de pacientes que um relatório. (E2)

Nesse relatório, a gente coloca a relação de funcionários e a relação dos pacientes. A relação dos pacientes, normalmente a gente escreve a idade, diagnóstico, se tem alguma intercorrência, algum exame agendado, é o que a gente anota assim, básico do básico, mesmo. (E3)

A gente tem, por exemplo, no serviço social, tem um livro de registro de plantão diário, cada profissional registra o seu. O serviço social tem, a enfermagem tem, é separado, cada um anota e depende muito do profissional, tem profissional que registra detalhadamente, tem profissional que não registra. (AS1)

Na UAI, os livros de relatório são utilizados para o registro de questões administrativas e gerenciais como aquelas relacionadas à gestão da equipe, a demandas relacionadas aos recursos materiais e físicos e a questões assistenciais como a organização das marcações de exames externos e a situação clínica dos usuários.

Em seus estudos, Souza, Frade e Mendonça (2005), ao desenvolverem uma pesquisa em uma unidade de saúde local em Portugal, identificaram a utilização de instrumentos semelhantes aos livros de relatórios encontrados na UAI. Os autores consideraram que a informação de caráter organizativo, logístico e administrativo também tem sua relevância na perspectiva da continuidade de cuidados e que o acesso à partilha de informação deverá englobar itens relacionados com a informação organizacional, nomeadamente aspectos associados aos suportes de apoio (humano, financeiro, material).

No decorrer da coleta dos dados, observou-se que as informações dos livros de relatório podem ser úteis para a continuidade do cuidado. Ressalta-se que as informações

contidas nesses livros podem cooperar para a troca de informações tanto de cunho administrativo, quanto de cunho assistencial, contribuindo para a continuidade do cuidado.

A respeito da utilização do livro de relatório, urge chamar a atenção para a Resolução nº 429 de 2012 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos. Segundo a Resolução:

É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (COFEN, 2012b, p.01).

A Resolução apresentada legitima o livro de relatório utilizado na UAI pela equipe de enfermagem como um instrumento legal. Em relação ao gerenciamento dos processos de trabalho, o COFEN (2012b) orienta que devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um cuidado de enfermagem digno, eficiente e resolutivo.

Outro aspecto observado em relação à continuidade no contexto da UAI, foi a comunicação entre a equipe que se mostrou deficiente. Acredita-se que uma comunicação eficaz entre os profissionais pode contribuir possa a continuidade do cuidado. Abreu *et al.* (2005) apontam a comunicação, como instrumento estratégico e essencial na interação da equipe. Segundo os autores, a comunicação truncada e ineficaz no interior da equipe pode motivar conflitos que interferem diretamente no modo como a equipe atende a clientela. Pode-se observar a interferência da comunicação ineficaz no seio da equipe pelo depoimento de E3.

Às vezes, vem um e fala que o paciente tem um diagnóstico. Vem outro no mesmo plantão, fala outro. Na semana passada, tive esse problema; a paciente estava aqui há algumas semanas tratando de H1N1. Estava no tamiflu, aí chegou dez horas da noite e o médico falou assim: “não, você não tem nada disso não, você tem é sinusite”, mas não mudou a prescrição da paciente. Aí, na hora que os meninos foram administrar o tamiflu, a paciente falou: “Ah! Para quê eu vou tomar isso se eu não tenho H1N1?” Aí, assim, a gente tem essa dificuldade, mesmo. (E3)

A importância da interação entre os profissionais de saúde é vista como um desafio pela Política Nacional de Humanização, para que se possa produzir saúde de forma qualificada. Assevera-se que a humanização traz a melhora da interação nas equipes e sua

qualificação como uma forma de se conseguir lidar melhor com as singularidades dos sujeitos e coletivos na prática de atenção a saúde (BRASIL, 2008).

Cecílio e Merhy (2003) sugerem que a coordenação do cuidado ocorre em decorrência de alguns mecanismos, entre eles, pela criação de “pontes” ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médico e enfermeiros e os outros profissionais têm que conversar para que o cuidado se realize.

A comunicação entre os profissionais e entre os profissionais e usuários foi observada e citada por U3 que a considera deficiente.

Eu acho esse trem, menina, muito errado, igualzinho eu estou aqui, o médico mandou eu tomar heparina, não mandou? O outro médico chega e manda tirar a heparina. Quem está certo, o médico ou outro médico? O que atendeu ontem, ou o que atendeu hoje? Eu não sei quem está certo ou está errado, tinha que ser um ou outro. Não consegui entender, o médico que atendeu mandou tomar o remédio, o outro fala você não pode tomar esse remédio que vai te fazer mal, põe outro remédio. (U3)

A comunicação se alicerça nas relações interpessoais, configuradas na interação entre os sujeitos. Assim, ocorre em uma via de mão dupla, sendo necessária a resposta e validação da mensagem ocorrida, o que, na visão dos profissionais consiste em entender o outro e ser entendido. Só há comunicação se dois indivíduos participam ativamente do processo, e essa relação poderá facilitar a prática da humanização, pois é um modo de qualificar o relacionamento entre os profissionais (BROCA; FERREIRA, 2012).

Verificou-se, ainda, que a recepção aos usuários na UAI não está centrada no atendimento da pessoa e suas necessidades, demonstrando também falhas na comunicação entre profissionais e usuários.

Assim que eu cheguei aqui, ela estava ruim, mas ruim mesmo, com falta de ar, pálida, não estava conseguindo ver, só via vulto, e o que me chateou foi que as meninas da recepção não nos deram atenção, continuaram conversando [...] (AU7)

Para Marques e Lima (2008) é na recepção dos serviços de saúde que os usuários esperam ter sua demanda acolhida, o que não significa solucionar todos os problemas, mas uma atenção dispensada na relação de atendimento, que envolve a escuta, a responsabilização e o respeito à pessoa que porta a necessidade.

Ainda em relação à comunicação entre os membros da equipe, cabe salientar que na perspectiva da assistente social a passagem de plantão encontra-se prejudicada por não ocorrer um trabalho continuado entre os profissionais dessa categoria, conforme explicitado.

Mas como o serviço social tem só durante o dia eu não passo meu plantão para a noite, eu não passo para ninguém. (AS1)

A despeito da passagem de plantão ser reconhecida como importante instrumento de trabalho para a organização e o planejamento assistencial, possibilitando a continuidade do cuidado de uma maneira mais efetiva, segundo Portal; Magalhães (2008), não há qualquer menção pelos profissionais das demais categorias.

5.1.2 Continuidade Informacional: o pilar da articulação do sistema de atenção à saúde.

Um diálogo entre as referências. Unidade básica com urgência e emergência, urgência e emergência com unidade básica, nós aqui com o [Hospital] Regional, o Regional com a gente, na verdade não existe esse diálogo, é minha opinião. (AS2)

Considerando-se que, para o alcance da continuidade do cuidado, é necessária a utilização dos distintos e múltiplos serviços de saúde, além de compreender que um único serviço pode não suprir todas as necessidades e demandas do indivíduo para solucionar um problema de saúde, acredita-se ser de suma importância analisar a interação entre os serviços de saúde. Acrescenta-se que a continuidade informacional implica que cada profissional atendendo a um paciente tenha acesso a uma informação abrangente sobre a assistência à saúde prévia, ainda que prestada por diferentes profissionais em diferentes serviços (SAULTZ, 2003).

Também Marinho *et al.* (2011), em estudo realizado em uma unidade docente-assistencial em Salvador-BA, observaram que dificuldades para garantir a continuidade do cuidado no cotidiano dos serviços. Dentre elas destacam-se lacunas na comunicação entre os serviços, o que remete à necessidade de conhecimento da rede de referência por parte dos profissionais responsáveis pelo cuidado. De forma similar, no presente estudo foram identificadas lacunas na interação entre os serviços de saúde. Nessa perspectiva, observou-se que a troca de informações que reflete a interação entre a UAI e os demais serviços de saúde tem se mostrado deficitária.

Mas, às vezes, o paciente vinha, tal, descompensado, paciente com diagnóstico recente de hipertensão, precisando fazer controle. Aí, fazer o contato com o posto, na maioria das vezes, assim, não é nem bem recebida. O pessoal da urgência sempre está um pouco em atrito com o pessoal da atenção básica. (E3)

A filha de U7 demonstra como a interação entre a UAI e a UBS tem acontecido e sua interferência na qualidade da assistência prestada.

Muitas das vezes a mamãe vem para cá com flebite e eu tenho que requerer mais material devido às secreções, essas coisas que saem mais, aí as meninas do posto "uai, ela estava internada?" O pessoal do posto mesmo não sabia. Não procura saber. (AU7)

Observa-se não somente a desarticulação entre as ações e serviços, como também o conflito nas relações.

Um estudo realizado em Portugal procurou desenvolver e definir um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde. Este demonstrou que a troca de informações entre os serviços é escassa ou inexistente. Além disso, o acesso à informação não é extensivo a todos os profissionais de saúde, de forma rápida e eficaz e a circulação da informação entre o hospital e o centro de saúde é deficitária, dificultando a tomada de decisão para a continuidade do cuidado (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005). Nesse estudo, os enfermeiros consideram os sistemas de informação preponderantes para o estabelecimento de linhas de articulação entre centro de saúde e hospital e apontam a necessidade do desenvolvimento de sistemas de informação promotores da comunicação e da continuidade do cuidado (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005). Assim, a partilha de informação, a articulação dos sistemas de informação, entre centro de saúde e hospital, bem como ações de continuidade do cuidado podem promover melhorias no acesso e na qualidade do cuidado.

Por outro lado, a falta de interação entre os serviços de saúde pode favorecer rupturas na assistência prestada. Assim torna-se necessário refletir: como superar a descontinuidade na articulação entre os serviços?

Desse modo, gerentes e profissionais apresentam algumas sugestões que poderiam melhorar a interação entre os serviços. A esse respeito, G2 acredita que as reuniões entre os profissionais e gerentes dos diferentes serviços os aproximaram e gerou melhorias na relação entre os profissionais.

No último ano, eu percebi uma melhora surpreendente nesses encaminhamentos [...] eu acho que teve muita reunião entre as coordenações da urgência, teve coordenação do hospital, das UAIs e acho que aproximou, aproximou com isso, melhorou a relação. (G2)

Tomar conhecimento da situação das UBS foi sugerido por G3 como uma maneira de saber como está a situação atual da unidade e também como forma de demonstrar para o usuário que os serviços não trabalham de maneira isolada uns dos outros.

Você, tomando conhecimento da situação das UBS, se tem médico, se tem acolhimento, se médico está de férias, você mostra para o paciente que a UAI não é uma coisa e UBS é outra, que está casando. (G3)

Outra sugestão foi dada por AS2. Para ela, os profissionais devem se comunicar mais eficazmente e conhecer os objetivos e características dos demais serviços, o que pode favorecer a interação entre os mesmos e contribuir para a continuidade do cuidado.

Um diálogo entre as referências. Unidade básica com urgência e emergência, urgência e emergência com unidade básica, nós aqui com o [Hospital] Regional, o Regional com a gente; na verdade, não existe esse dialogo, é minha opinião. (AS2)

Eu acho que seria interessante, eu, por exemplo, um profissional da UAI ir visitar uma unidade básica, entender a lógica da unidade básica, a unidade básica vir um dia entender a lógica de um atendimento de urgência e emergência ou vice-versa o [Hospital] Regional. (AS2)

G3 reforça que o conhecimento a respeito de outros serviços de saúde contribui para a realização do trabalho.

Assim, essa experiência que eu tenho na UAI, se eu tiver que voltar para a UBS, eu volto com muito mais experiência, se eu pegar um paciente hipertenso assintomático eu jamais vou mandar para a UAI, igual eu mandava antes. (G3)

Considera-se que a interação proposta pelos profissionais pode contribuir para o desenvolvimento de ações voltadas para a continuidade do cuidado. Quando se conhecem os objetivos dos demais serviços, é possível estabelecer orientações e encaminhamentos mais coerentes com as diversas realidades, tanto dos serviços como dos usuários.

A esse respeito, Dias (2012) afirma que a combinação de estratégias de integração entre os níveis assistenciais fortalece a atenção primária como coordenadora do cuidado e contribui para a continuidade do cuidado e para a oferta de atenção integral.

Ao investigar falhas no tratamento em pacientes com refluxo gastrointestinal que apresentavam queixas persistentes, Farup *et al.* (2011) evidenciaram que a interação entre os serviços de saúde foi a principal causa nas referidas falhas, o que reforça a necessidade de uma comunicação efetiva entre os serviços.

Considerando a relevância da interação entre os serviços de saúde, aponta-se a assistente social como profissional que realiza diversas ações voltadas para essa interação. A esse respeito, cabe destacar que as assistentes sociais da UAI têm como uma de suas atribuições a realização de contatos com os outros serviços com vistas a encaminhar os usuários nos diferentes pontos da rede, visando à continuidade do cuidado. Nesse sentido, considera-se que as assistentes sociais são profissionais que estão em grande parte do tempo em interação com os serviços de saúde e sua presença é fundamental para a concretização de uma assistência com qualidade e integral. Acredita-se ainda que a assistente social possa contribuir positivamente para a continuidade do cuidado.

Tem a questão dos contatos quando vão surgindo ao longo do dia. Quando o médico solicita o contato, aí, gente faz o contato, se é para o [hospital] Regional. (AS1)

Todos os outros contatos passam pelo Serviço Social. (AS1)

Os pacientes mais complicados a gente entra nessa intermediação, de estar tentando essa transferência, ligando para o [hospital] Regional, ligando para a central de leitos (AS2)

É possível observar, nas duas declarações a seguir de AS2, a interação das assistentes sociais com os outros serviços de saúde como também uma interação com os profissionais da UAI.

Geralmente o paciente é liberado com receita, com relatório médico, se precisar de alguma interferência, nesse caso, o serviço social entra, mas não necessariamente o médico pede: esse paciente vai precisar de um controle na unidade básica, controle do diabetes, por exemplo, da hipertensão arterial, aí ele faz o relatório, aí passa no serviço social a gente orienta. Eu acho que é importante essa orientação, às vezes o médico pela lógica da unidade, o atendimento é mais rápido e a gente enquanto assistente social daqui, justamente para essa questão, que eu acho muito importante, aí a gente orienta a procurar a unidade básica, que aquele relatório é importantíssimo. (AS2)

Às vezes a gente intermedia, vamos supor um paciente que precisa de um cardiologista, o médico procura a gente "olha esse paciente não está grave, eu vou liberar ele, mas eu preciso garantir uma consulta para ele com o cardiologista", aí, a gente intermedia, às vezes a gente consegue de um mês para o outro. (AS2)

Observa-se, ainda, que as assistentes sociais realizam algumas ações que visam à intersetorialidade.

O que chega mais grave e os casos que a gente tem que acompanhar, quando vai para a assistência, CRAS, CREAS, Alta complexidade, aí, esses, a gente acompanha. (AS1)

A intersetorialidade em saúde pode ser compreendida como uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA; PAIM, 2002).

Segundo Braga e Sena (2012), a intersetorialidade é uma das estratégias importantes para efetivar a continuidade do cuidado às crianças nascidas prematuras egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Nesse contexto, considera-se que a intersetorialidade é imprescindível para a garantia da continuidade do cuidado, já que o ser humano não carece apenas de recursos da saúde para atender as suas necessidades. Acrescenta-se, ainda, que a intersetorialidade é considerada por Mattos (2001) como um dos sentidos da integralidade constituindo a interação entre políticas públicas.

Cabe, ainda, chamar a atenção sobre o conhecimento das assistentes sociais quanto às características dos demais serviços de saúde, o que pode contribuir para encaminhamentos mais adequados às necessidades do usuário.

Mesmo a gente às vezes não sabendo, não tendo conhecimento específico, mas às vezes vamos tentar em outro lugar, às vezes é contato em outro lugar, como a gente tem experiência, olha eles costumam, tal lugar aceita paciente, vamos tentar? Aí eles fazem o contato, você discute, aí faz e é bem tranquilo. (AS1)

Silva e Ramos (2011, p.312), em pesquisa sobre a articulação entre a atenção hospitalar e a atenção básica, identificaram que a assistente social participa do intercâmbio, ou seja, “um momento multidisciplinar, onde diversos profissionais reúnem-se e discutem os casos das crianças internadas, determinando, assim, a articulação dos diversos saberes”.

Os enfermeiros e médicos da UAI consideram as assistentes sociais como “articuladoras” com os outros serviços e com a família dos usuários. Nos depoimentos de profissionais da UAI, verifica-se a percepção deles sobre a atuação das assistentes sociais na interação entre os serviços.

Eu acho que o serviço social poderia ser um elo importante. O serviço social está aqui disponível para isso, tem essa paciente aqui, então vamos fazer o contato lá? Ver o que a gente consegue de continuidade do acompanhamento desse paciente. (E3)

A gente pede sempre para procurar a unidade básica de saúde próxima da casa para que não haja muito deslocamento. E, em muitas ocasiões, também a gente que necessita de uma consulta especializada, a gente com ajuda da assistente social, a gente tenta agendar. (M1)

Quando eu preciso, igual essa questão que eu te falei, desse paciente para dar continuidade, eu fui no serviço social, passei para ela o caso, ela chamou a família, pegou os dados. Aí ela vai ligar. (M4)

Franco e Merhy (1999), ao discutirem o processo de trabalho do serviço social no Hospital das Clínicas em Campinas – SP, afirmam que o serviço social aparece sempre “nas pontas do serviço”, ou seja, quando há algum problema para o usuário, ele surge para apoiar este usuário, “resolvendo” seu problema e garantindo que o mesmo continue o tratamento. O serviço social desse hospital e do seu ambulatório realizam tarefas tanto de cunho social como assistencial, assim como observado na UAI.

Refletindo sobre a interação entre os serviços de saúde e tendo como base a continuidade do cuidado, destacam-se a partilha e a troca de informações sobre os usuários entre os serviços de saúde e seus profissionais, retomando o conceito de referência e contrarreferência no sistema de atenção à saúde. A referência e a contrarreferência podem ser entendidas como a articulação entre os níveis de atenção à saúde, sendo que, por referência, compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a

contrarreferência compreende o trânsito do nível maior para o de menor complexidade (BRASIL, 2003b). Ressalta-se que a complexidade aqui descrita refere-se às tecnologias duras existentes nos serviços de saúde e não ao grau de importância dos mesmos.

Uma das competências da UAI, segundo o MS, é articular-se com a APS, o SAMU, as unidades hospitalares e com outros serviços de saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2011d).

Entende-se que a referência e a contrarreferência sejam estratégias que possam contribuir para a continuidade do cuidado, ou seja, com o “caminhar” dos usuários entre serviços com tecnologias diferentes e complementares. Assim, o sistema de referência e contrarreferência constitui importante elemento de viabilização da implantação do SUS, uma vez que é mediante a estruturação desse sistema que o acesso dos usuários aos diversos níveis de atenção torna-se possível, sendo que o principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência (BRASIL, 1997).

No entender de Merhy e Cecílio (2003), a referência e a contrarreferência não podem se restringir a atividades burocráticas, mas devem construir ativamente a linha de cuidado necessária para cada paciente específico. Os autores afirmam que a integralidade do cuidado que cada pessoa necessita frequentemente transversaliza todo o sistema.

Os conceitos de referência e contrarreferência em saúde, apesar de se constituírem como umas das bases da mudança almejada, ainda se encontram em um estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação a seus possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências, bem-sucedidas ou não (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008). Apesar de entenderem que os processos de referência e contrarreferência podem ser considerados fundamentais para a concretização do princípio da integralidade, as autoras afirmam que as experiências para viabilizar esse modelo técnicoassistencial ainda são muito isoladas e frágeis. Acrescenta-se que os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados (SILVA, 2011).

A discussão sobre a referência e contrarreferência torna-se relevante ao entender que os serviços de urgência e emergência são portas legítimas de entrada no sistema e que na perspectiva do trabalho em Rede deve-se considerar que por qualquer “porta” escolhida pelo usuário, este deve ter suas necessidades atendidas, tendo em vista o princípio da integralidade.

Ainda a respeito da referência e a contrarreferência, Serra e Rodrigues (2010), em pesquisa desenvolvida nos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro, identificaram

deficiências nas condições operacionais entre as equipes de saúde da família e os demais níveis de complexidade.

Igualmente, verifica-se na UAI pesquisada, que a operacionalização da referência e da contrarreferência apresenta alguns problemas.

Tem uns pacientes que vêm com relatório, vêm inclusive com transporte sanitário e tem umas unidades que não fazem contato, simplesmente entregam para o paciente, deixam ele solto. (AS1)

Olha, na verdade, quando o paciente ele vem encaminhado, vem mais falando é do quadro atual dele. De história pregressa, de acompanhamento, esse pessoal não tem muito a conduta de escrever não. (E3)

Observa-se, ainda, segundo depoimentos de profissionais e gerentes, que a referência dos usuários nos sistema de saúde é mais frequente, mas a contrarreferência é ainda embrionária. Característica semelhante foi verificada no estudo de Juliani e Ciampone (1999), realizado em Botucatu - São Paulo, no qual o enfermeiro avalia como precário o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. No presente estudo, verifica-se que a referência acontece de maneira razoável, já a contrarreferência é incipiente ou praticamente inexistente, conforme ilustrado:

De lá para cá sim [referência], agora daqui para lá [contrarreferência] não, [...] chega aqui ele [médico] vai dar medicação e ele fala verbalmente: oh você procura o posto. Mas não tem por escrito. (E2)

Exatamente, que não tem. É isso que eu falei que não tem, a contrarreferência. Essa continuidade, ela não tem. Ele [usuário] sai com receita, ele pode ser até orientado: Oh, vai para o seu posto de saúde. Raros são os que saem realmente com um encaminhamento. Porque não existe essa contrarreferência. (E4)

Os encaminhamentos realmente são bem feitos. Assim, é difícil de chegar o paciente que veio encaminhado da UBS, que a UBS fez contato, que não precise de um atendimento. (M2)

Daqui para lá não, aqui é feito receituário. De lá para cá tem, tem um termo que eles mandam para gente, com encaminhamento, geralmente a gente não faz contrarreferência. (G2)

Os profissionais e gerentes, sujeitos da pesquisa, relataram não conhecer protocolos referentes à realização da contrarreferência. Alguns expuseram a inexistência desses protocolos. Cada profissional faz os encaminhamentos da maneira que considera melhor ou mais fácil.

Agora, quando eu consigo já marcar uma consulta para o paciente, eu já mando direto. Agora, quando eu vejo que é um paciente que está tranquilo, os dados todos normais [...] Os dados estão todos normais, sem face de dor. Aí, eu faço um encaminhamento e peço esse paciente para procurar o posto de saúde. [...] Eu mesmo faço um receituário. Faço um relatorozinho encaminhando esse paciente.

Coloco os dados vitais, a queixa desse paciente, o motivo da procura e encaminhamento. (E1)

Os usuários consideram que, por se tratar de uma unidade de urgência e emergência, a UAI não precisa encaminhá-los para outros serviços, confirmando assim o modelo de atendimento pautado na queixa-conduta.

Dá receita, mas encaminhamento, não. (U3)

Não deu encaminhamento não. Aqui não dá. Isso daqui é pronto socorro. Isso daqui não dá. (U4)

A esse respeito, destaca-se que a atuação de alguns profissionais é pautada em ações pontuais visando à contrarreferência.

Paciente vem, faz um diagnóstico de diabetes aqui. Não tem por que ser internado, mas a gente entra em contato com o posto. Agenda consulta. Fala: você está recebendo alta, você vai fazer acompanhamento no posto e a consulta é dia tal. Alguns casos, faz contato por telefone e, quando eu acho que o paciente tem que procurar o posto mesmo, mas não tem tanta urgência, às vezes eu coloco na receita: agendar consulta no posto de saúde. E quando, assim, é um caso mais elaborado, é relatório. (M2)

Concorda-se com Silva e Ramos (2005), ao considerar que o cuidado integral requer uma assistência que supere os limites do hospital ou da UAI, em um encontro com as unidades básicas e equipes de saúde da família. Isso deve ser pautado em um caminho que contribua para o fortalecimento de referência e contrarreferência, o que se traduz, entre outros aspectos, no desafio de se repensar as práticas vigentes e propor novas práticas visando à continuidade do cuidado e a qualidade da assistência.

Ao analisar como a referência e a contrarreferência têm acontecido no cenário estudado, um questionamento ainda sem uma resposta surge. Será que o usuário se transformou em uma tecnologia do tipo “prontuário peregrino”? Esse questionamento emergiu da percepção de que o usuário tem de modo individual garantido a sua referência e a contrarreferência.

Outro aspecto que merece ser analisado diz respeito às altas dos serviços de saúde, as quais podem ser entendidas como um momento fundamental para a realização de uma adequada contrarreferência e para a continuidade do cuidado. A esse respeito, verificou-se a inexistência de padronização e orientação para os profissionais da UAI sobre a forma de dar alta tendo como princípio a continuidade do cuidado. Assim, foram identificadas falhas nas orientações aos usuários quanto a continuidade da assistência na UAI no momento da alta, assim como na transferência de informações para outros serviços de saúde que poderiam dar continuidade na assistência pós-alta.

Aí, vai ser de acordo com cada profissional que está dando alta. (E4)

Aqui não tem um protocolo da unidade em relação a alta, não. A alta, aqui quando o paciente, como aqui é muito paciente, é muito volume, os pacientes que vêm aqui ah! estou com dor de cabeça. Vai ser medicado e vai embora, ou então nem vai ser medicado, vai só receber a receita, não faço referência não. (M2)

A alta também apresentou-se deficiente no Hospital Público Regional de Betim. O relato a seguir demonstra que, quando o usuário esteve internado nesse hospital, a alta não foi comunicada à família e sequer foi planejada.

O [hospital] Regional não falou nada, deu alta para ele [paciente], a ambulância já estava chegando com ele lá em casa, nem sabia que ele estava de alta e já estava chegando lá, não explicou nada. (AU5)

Nessa perspectiva, estudo realizado em um hospital e em Unidades Básicas de Saúde de um município da região sul do Brasil apontou que nessas unidades, tampouco existe uma prática instituída, ou seja, um protocolo para orientar as altas hospitalares. Assim, os profissionais da atenção básica às vezes não recebem as devidas orientações e informações sobre a internação hospitalar dificultando a atuação da equipe da UBS para a continuidade do cuidado (SILVA; RAMOS, 2011).

Em um estudo realizado em um serviço de emergência de um hospital de São Paulo com o objetivo de identificar os fatores relacionados às readmissões de pacientes, Valera e Turrini (2008) observaram que as readmissões podem ocorrer pela não continuidade da terapêutica prescrita no momento da alta. O problema evidenciado anteriormente remete-nos à falha na continuidade informacional no momento da alta (VALERA; TURRINI, 2008).

Nesse contexto, Merhy e Cecílio (2003) sugerem que a alta deva ser pensada como um momento privilegiado para a garantia da continuidade da assistência em outras instâncias do sistema de saúde, não apenas de forma burocrática, mas pelo compromisso do profissional e da instituição na manutenção da continuidade do cuidado necessária àquele paciente específico.

Sobre a utilização de protocolos para a realização de determinadas atividades, como encaminhamentos para outros serviços e alta da UAI, gerentes e profissionais apontaram a não utilização de protocolos assistenciais e gerenciais, conforme observado:

Então, assim, eu sou muito protocolo, então, de repente, aqui você não tem protocolo disso, você não tem protocolo da sala de urgência, e os clínicos, também, não tem protocolos, para atendimento médico. Você não tem um protocolo assim. (E4)

Realmente nós não temos nenhum protocolo em relação a doenças crônicas. (G2)

Marques e Lima (2008), ao discutirem a organização tecnológica dos processos de trabalho em um pronto atendimento, acrescentam que, no desempenho da ação, o profissional

poderá tanto usar o que já está estabelecido, ou seja, os protocolos, como podem exercer sua autonomia, construindo novas formas de cuidado em saúde. De acordo com Merhy (2002), sempre existirá um espaço de exercício de autonomia do trabalhador, pois o trabalho vivo em ato pressupõe a possibilidade de criatividade.

O trabalho em saúde não é completamente controlável ou previsível, pois se pauta em relações interpessoais, em todas as fases de realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática (FEUERWERKER, 2005).

Malta e Merhy (2010) afirmam que se devem considerar o fracasso intenso que as propostas de cuidado formatadas *a priori* têm tido junto a pessoas portadoras de diabetes e hipertensão, entre outras doenças crônicas, por não conseguirem chegar ao singular de cada um, por imporem *a priori* olhares e fazeres que não têm nada a ver com o usuário real.

Ressalta-se que a implantação e a utilização de protocolos podem ser úteis ao processo de trabalho aliadas à autonomia dos trabalhadores no planejamento e execução de ações voltadas para as necessidades de cada usuário. Esses dois modos podem atuar de forma simultânea, contribuindo para a continuidade do cuidado. Cecílio (2012, p. 286) faz a seguinte consideração a esse respeito:

No espaço da produção do cuidado existem atores reais, os trabalhadores, médicos, enfermeiros, profissionais de saúde que, ao se mover de acordo com seus saberes, suas éticas profissionais, os sentidos que dão para este extraordinário experimento social que é o SUS, movem-se, produzem, inventam, resistem e configuram o cuidado que, afinal, nunca é como nós (gestores, sanitaristas, pensadores, formuladores) teimamos em querer normalizar, formatar, produzir à nossa imagem e semelhança.

Entende-se que os protocolos devam ser utilizados como um auxílio e não como “doutrinas” ou receitas prontas para os indivíduos, devendo haver um equilíbrio entre a rigidez dos protocolos e a liberdade no exercício da autonomia.

Apesar de a continuidade informacional apresentar lacunas importantes, observa-se, na análise dessa categoria, que ela encontra-se em processo de construção. Uma construção urgente e obviamente necessária, mas que, para acontecer, demanda a participação dos gerentes, profissionais e usuários de forma articulada.

As evidências dessa construção podem ser refletidas a partir dos pontos encontrados que precisam ser melhorados, além da certeza de que a assistência tem ocorrido, o cuidado tem sido prestado. Cabe, portanto um questionamento: quais outras formas de comunicação têm ocorrido na UAI estudada?

Conforme destacado por Cecílio (2012, p. 280), “para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento, seria necessário não fazermos mais do mesmo” assim, para o alcance da tão sonhada continuidade do cuidado, as ações cotidianas no campo do trabalho e da gestão devem ser repensadas.

5.2 CONTINUIDADE GERENCIAL: DO GERENCIAMENTO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS À COMPLEXIDADE DA GERÊNCIA

Essa categoria de análise emergiu dos relatos referentes à continuidade do cuidado na perspectiva gerencial. Assim, este capítulo será apresentado conforme o esquema a seguir.

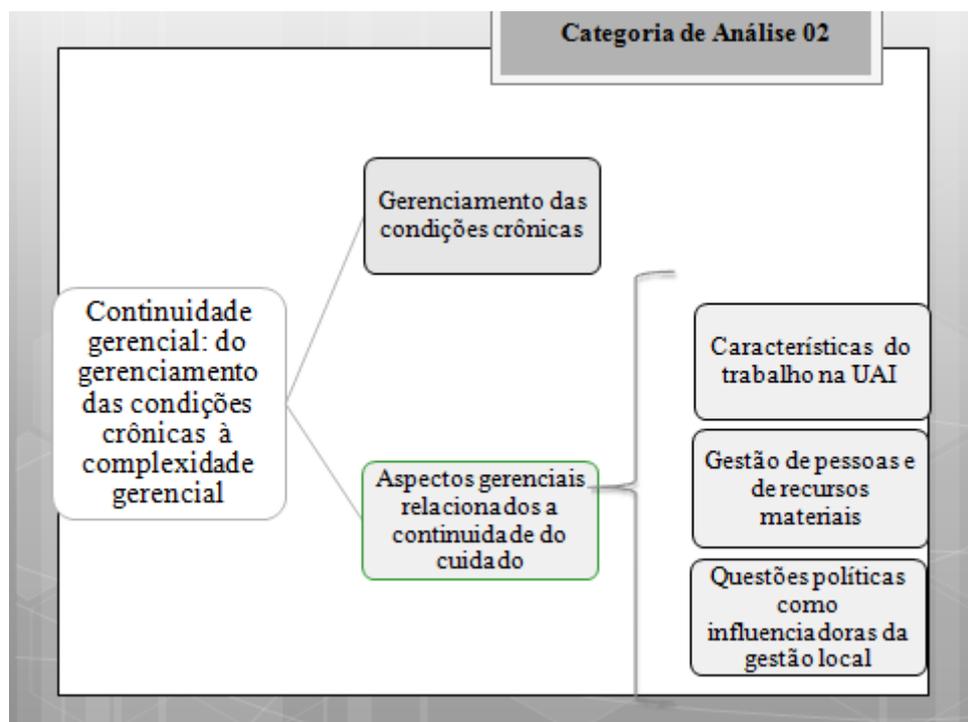


FIGURA 2 - Esquema explicativo da categoria de análise 02.

Alguns tipos de continuidade são encontrados na literatura. Dentre eles a continuidade gerencial que se encontra relacionada ao gerenciamento das condições crônicas, demandando o envolvimento de vários profissionais e serviços na condução do cuidado (HAGGERTY *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, alguns aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado apontados pelos sujeitos da presente investigação serão abordados, tendo vista a complexidade gerencial e entendendo que a gestão é um dos componentes capazes de agregar aos serviços de saúde elementos necessários para o fortalecimento do SUS, por meio do desenvolvimento de estratégias consistentes e coerentes com os princípios da universalidade e da equidade (SOUZA, 2009).

5.2.1 Gerenciamento das condições crônicas

Realmente nós não temos nenhum protocolo em relação a doenças crônicas. (G2)

Tendo-se em vista a importância da compreensão do gerenciamento das condições crônicas tem acontecido, perguntou-se aos profissionais e gerentes os principais motivos que levam os usuários a buscar atendimento na UAI, tendo sido evidenciado que frequentemente são condições crônicas agudizadas. Também foram mencionadas dificuldades de acesso aos serviços de saúde enfrentados pelos usuários portadores de DCNT.

Olha, aqui a gente atende muito paciente, com crise hipertensiva. Muito diabético descompensado por falta de uso regular das medicações. [...] O paciente etilista, também, a gente pega muito. (E1)

Alguns pacientes têm queixas crônicas, mas, tem a dificuldade em relação a posto. (M2)

Ao analisar o depoimento a seguir de G2, percebe-se que o entendimento sobre a assistência às condições crônicas está equivocado, pois o MS orienta que as condições crônicas sejam atendidas em todos os pontos do sistema de atenção à saúde, inclusive nos serviços de urgência e emergência que têm como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011e).

O crônico já foge um pouquinho do nosso âmbito aqui, aqui é unidade de urgência, não é para cá doença crônica, aparece, mas o foco nosso não é isso [...] Realmente nós não temos nenhum protocolo em relações a doenças crônicas. (G2)

E3 compreende que as condições crônicas precisam ser gerenciadas de forma adequada a fim de se obter a continuidade do cuidado.

O paciente, ele precisa de um cuidado continuado na maioria das vezes pelo menos. Existem casos de pacientes que vêm aqui para tratar uma amigdalite, mas existe o caso de pacientes que têm as doenças crônicas que teve que está descompensado naquele momento, mas que precisa da continuidade do seu tratamento. (E3)

Em um estudo sobre readmissões em um serviço de emergência, Valera e Turrini (2008) notaram que muitos pacientes apresentaram o mesmo diagnóstico da readmissão anterior e o número de doenças crônicas foi elevado devido à dificuldade do paciente em manter a evolução de sua doença sob controle, tornando-o dependente de um suporte de assistência profissional. O depoimento a seguir coincide com os achados de Valera e Turrini (2008), ou seja, na UAI, cenário do presente estudo.

Tem paciente com doenças crônicas que você já conhece, depois de um tempo você passa a conhecer a carinha dos pacientes, não é função nossa de ter vínculo, vínculo é UBS [...] (G3)

Dias (2012) enfatiza que, na gestão da doença crônica, é essencial a coordenação das ações e serviços de saúde entre os níveis assistenciais do sistema de saúde para garantir a continuidade do cuidado, evitar intervenções desnecessárias e promover a qualidade da atenção. Destaca-se que a continuidade gerencial é especialmente importante nas doenças com condições clínicas complexas e em doenças crônicas que requerem manejo por muitos profissionais que podem trabalhar com ações interligadas (HAGGERTY, *et al.*, 2003). O gerenciamento das condições crônicas vem sendo discutido por diversos pesquisadores e autoridades (CECÍLIO, 1997; WAGNER, 1998; OMS, 2001, 2005; MENDES, 2009; MALTA; MERHY, 2010; VERAS, 2011; BRASIL, 2011e).

Assim, considera-se importante abordar o conceito de modelos de atenção à saúde com vistas ao entendimento do gerenciamento das condições crônicas. De acordo com Mendes (2010), os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando as relações entre a população, os focos de intervenções do sistema de saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias definidas a partir das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais de saúde. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas.

Um modelo de atenção às condições agudas deve ter como objetivo identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação (MENDES, 2010). Os sistemas de atenção à saúde, pela própria evolução epidemiológica, têm privilegiado as condições e eventos agudos, mas esse modelo fracassou completamente na abordagem das condições crônicas (MENDES, 2009, 2010; VERAS, 2011).

Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas são construídos por meio de um modelo seminal, o modelo de atenção crônica (MAC); dele derivam várias adaptações aplicadas em diferentes partes do mundo (MENDES, 2010).

O MAC, como proposto por Wagner (1998), compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos:

- Sistema de Atenção à Saúde:

1. Organização da atenção à saúde;
2. Desenho do sistema de prestação de serviços;

3. Suporte às decisões;
 4. Sistemas de informação clínica;
 5. Autocuidado apoiado.
- Comunidade:
6. Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

Esses seis elementos apresentam interrelações que permitem desenvolver usuários informados e ativos e uma equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (WAGNER, 1998).

Dentre os seis elementos, destacam-se alguns que possuem intrínseca relação com a continuidade do cuidado. De acordo com Wagner (1998) e Mendes (2009), o Desenho do sistema de prestação de serviços deve assegurar que toda a equipe de saúde envolvida com a atenção a uma pessoa tenha informação atualizada sobre sua saúde; isso nos remete à continuidade informacional. Em relação ao Suporte às decisões, esses autores explicam que é necessário estabelecer uma relação fluida entre as equipes dos níveis assistenciais; essa relação fluida nos diz de uma boa interação entre os serviços. Para o Sistema de informação clínica, Wagner (1998) e Mendes (2009) ressaltam que a prioridade é o uso de prontuários clínicos eletrônicos que permite uma integração dos seis elementos do MAC e que, como discutido anteriormente, é um instrumento que pode auxiliar na continuidade do cuidado. Os Recursos da comunidade estão relacionados ao estabelecimento de parcerias com outras organizações comunitárias para dar suporte aos programas de enfrentamento às condições crônicas (WAGNER, 1998; MENDES, 2009). Isto é, necessita-se enfatizar a intersetorialidade que é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado, já que o ser humano não necessita apenas de recursos da saúde para atender a suas necessidades.

Compreende-se que os serviços de urgência e emergência realizam ações que interferem nos elementos que compõem o MAC. Como esses serviços caracterizam-se como uma porta importante de entrada no sistema de saúde, é necessário que, no âmbito da gestão, as ações sejam pensadas tomando-se como referência a real situação dos serviços em conjunto com todos os níveis assistenciais.

Na UAI estudada não foi observada uma concretização dos seis elementos do MAC no gerenciamento das condições crônicas.

Tendo em vista que os idosos apresentam maior carga de DCNT e incapacidades, e, por esse motivo, utilizam com mais frequência os serviços de saúde, Veras (2011) apresenta um modelo de atenção à saúde voltado para o idoso, portador de DCNT. Esse pretende ser eficiente e deve se aplicar a todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado precoce e reabilitação de agravos. A linha de cuidados proposta inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

A assistência à saúde, não só nos serviços de urgência e emergência, por vezes, centra-se no ato prescritivo que produz o procedimento, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença centradas nos determinantes sociais, ambientais e relacionadas às subjetivações, valorizando apenas as dimensões biológicas. Desse modo, esse formato produz custos elevados, pois utiliza como insumos principais, os recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos (tecnologias duras), como se estes tivessem um fim em si mesmo e fossem capazes de restabelecer a saúde por si só (MALTA; MERHY, 2010). Starfield (2009; 2011) complementa que o aumento dos custos de cuidados de saúde além de ser impulsionado pelo uso de tecnologia cara também tem forte influência pelos cuidados especializados.

Pode-se confirmar esse modelo assistencial descrito com os seguintes depoimentos de usuários da UAI:

Aqui, tem bombinha, tem micro. Adianta não, tem que vir no UAI. É ele [UAI] que resolve meu problema. [...] Porque a UAI atende a gente mais rápido, tira chapa, faz tudo, eu acho muito bom, sabe? Então, eu gosto da UAI. (U2)

A gente opina mais para aqui [UAI] por causa dos exames. A gente sai daqui arrumadinha. (U4)

É possível ainda observar que o modelo biomédico, centrado na doença e na utilização de tecnologias duras, tem sido soberano nos serviços de urgência e emergência.

Nessa perspectiva, Malta e Merhy (2010) destacam a necessidade de se repensar novas modelagens assistenciais, assentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado em todos os seus sentidos, humanização e assistência voltada para as necessidades do usuário.

Nesse sentido, a linha do cuidado (LC) passa a ser desenhada também no campo da gestão, como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a fim de superar a fragmentação das práticas e alcançar uma assistência integral (CECCIM; FERLA, 2006). A linha do cuidado visa:

Articular a intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, equacionando tecnologias, instrumentos, dentre outros, capazes de impactarem o processo saúde-doença, porém partindo do lugar singular no ato do cuidado, que só o trabalho vivo pode dar conta (MALTA e MERHY, 2010, p.594).

No contexto assistencial que se vivenciou, tendo como foco as DCNT, complementa-se que o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, no Brasil (2011-2022), apresenta, como uma de suas principais ações, a linha de cuidado para as DCNT, ao definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas das DCNT. Isso vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da atenção básica, garante a referência e a contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção (BRASIL, 2011e). O plano de ações acima referido também aponta a importância de se desenvolver um sistema de informação e gerenciamento de DCNT.

Pensar na produção do cuidado em rede e de forma sistêmica traz consigo a ideia de construção de pontes entre os diferentes serviços, visando à continuidade do cuidado. Nesse sentido, as linhas de cuidado são conceituadas como uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entrada do sistema (CECCIM; FERLA, 2006).

Acrescenta-se que o essencial para a construção efetiva da LC é a perspectiva da construção do cuidado, centrado nos usuários, em suas necessidades e o contexto em que estão inseridos, e não de um modelo que atenda somente aos interesses do mercado. O desenho da LC entende a produção da saúde de forma sistêmica, em processos dinâmicos, aos quais está associada à imagem de uma linha de produção voltada ao fluxo de assistência ao usuário, centrada em seu campo de necessidades (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA *et al.*, 2004). Starfield (2009) complementa que, se os sistemas de saúde pretendem tornar-se mais eficazes e mais equitativos, devem estar mais focados nos pacientes do que na doença.

A LC pode ser entendida como tendo início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema (unidades básicas de saúde, serviços de urgência, consultórios, entre outros) e, a partir do lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do usuário, por outros serviços de saúde (CECÍLIO, 2003; MALTA *et al.*, 2004; MERHY).

Silva (2011) complementa que as LC são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas além de serem basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas.

Entende-se que, para a LC ser efetiva, as ações voltadas para a continuidade do cuidado precisam estar bem estruturadas e, quanto à gestão, “a efetivação da LC depende da

determinação e apoio dos gestores na garantia do caminhar pela LC, equacionando os fluxos micro da LC com os macroprocessos” (MALTA; MERHY, 2010, p. 595). Cabe ainda aos gestores, de acordo com os autores mencionados, a organização dos serviços de saúde de forma a integrar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaço para o equacionamento das LC.

Não foram observadas, na UAI estudada, ações voltadas para a garantia da LC para usuários portadores de DCNT.

Tendo em vista a exposição sobre o gerenciamento das condições crônicas, enfatiza-se a importância do campo da gestão maximizar esforços nessa área. Compreende-se que a continuidade do cuidado ao portador de DCNT somente será alcançada quando as ações de gerenciamento se transformarem em “ações práticas”, ações cotidianas. Acredita-se que a distância entre a teoria e prática encontra-se demasiadamente alargada, os formuladores das políticas estão muito distantes daqueles que fazem diariamente a continuidade do cuidado acontecer ou não – os trabalhadores. Torna-se fundamental a participação de todos os atores (gerentes, profissionais, usuários) envolvidos no processo de cuidar nas reflexões sobre as ações referentes à continuidade do cuidado. A esse respeito, Cecílio (2012) reitera que a organização do trabalho deve ser pautada em uma relação democrática entre quem produz e quem consome o serviço, sempre pensando e direcionando para as amplas necessidades dos seres humanos.

5.2.2 Aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado

Eu acho que a continuidade tem que ser dada, acho que aqui dá é pouco essa continuidade, que é essa urgência mesmo. Às vezes, é um médico para atender um monte de paciente, aí ele tem que dar alta, então, não dá para conversar. (E4)

Este tópico emergiu das narrativas dos sujeitos a respeito de alguns aspectos relacionados com o gerenciamento da UAI com impacto direto na continuidade do cuidado, conforme representado na FIG. 3.



FIGURA 3 - Esquema explicativo da subcategoria “Aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado”.

Inicia-se a discussão das **características do trabalho na UAI**, ressaltando que o conjunto de serviços de urgência 24 horas, do qual a UAI faz parte, previsto em legislação e em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, possui algumas características comuns aos demais serviços de urgência e emergência. Determinadas características são inerentes a esses serviços e outras são ocasionadas pela atual configuração do sistema de saúde. Essas características influenciam no trabalho nos serviços de urgência e emergência e podem interferir na realização de ações voltadas para a continuidade do cuidado.

Dentre as características comuns cita-se: funcionamento ininterrupto nas 24 horas do dia em todos os dias da semana com a prestação de atendimento a pacientes acometidos com diversos quadros clínicos, cirúrgicos, traumáticos e realização de vários procedimentos e

apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2011d). Outras características são decorrentes da conformação do sistema de saúde como superlotação (LOVALHO, 2004; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; O'DWYER, 2010), deficiência de leitos de retaguarda (LOVALHO, 2004) e déficit quantitativo e qualitativo de profissionais (LOVALHO, 2004; O'DWYER, 2010; CECÍLIO, 2012).

Analisando as declarações de alguns profissionais, observam-se algumas dessas características dos serviços de urgência e emergência que têm influenciado nas características do trabalho na UAI.

Eu acho que a continuidade tem que ser dada, acho que aqui dá é pouco essa continuidade, que é essa urgência mesmo. Às vezes, é um médico para atender um monte de paciente, aí ele tem que dar alta, então, não dá para conversar. (E4)

Essas características do trabalho na UAI podem desencadear um atendimento pautado na queixa-conduta, explicitado nos relatos a seguir.

A gente vem, atende e vai embora, então nem sei o nome dos médicos. (U04)

Vim aqui, meu problema não é aqui, como profissional da saúde eu tenho que orientar, você vai buscar a unidade básica, mas alguns profissionais da saúde orientam, outros não, acham mais fácil tratar aqui logo para ver se resolve de uma vez. (G1)

O atendimento baseado na queixa-conduta remete-se ao modelo biomédico, no qual os processos de trabalho ainda são fortemente influenciados por saberes, equipamentos, normas e estruturas organizacionais, em que se enfatizam os aspectos biológicos para a interpretação dos fenômenos vitais, ao saber médico e às especialidades. No modelo biomédico, o enfoque dado ao trabalhador é no procedimento; o corpo “biológico” é identificado pela queixa que o usuário traz, na tentativa de transformá-lo em um possível diagnóstico; sendo assim, a queixa deixa de fazer parte da pessoa e se transforma em um sinal ou sintoma de doença, que será o objeto de trabalho dos profissionais (MARQUES; LIMA, 2008). Nesse tipo de atendimento, o usuário pode não ter suas necessidades “ouvidas” e atendidas, prejudicando a continuidade do cuidado. Assim, torna-se fundamental que os profissionais ampliem sua capacidade de lidar com a subjetividade e com as necessidades dos usuários, já que, por trás de uma manifestação individual de sofrimento, há todo um contexto de vida que determina o surgimento dessa ou daquela patologia (CECCIM; FERLA, 2006; BONFADA *et al.* 2012).

Nesse sentido, o desafio a ser enfrentado consiste em romper com essa lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral, isto é, (re)pensando as práticas em saúde por meio da leitura ampliada da realidade dos indivíduos, garantindo que as intervenções se deem

em consonância com as singularidades de cada um deles (MERHY; CECÍLIO, 2003; MARQUES; LIMA, 2008; BONFADA *et al.* 2012). O cuidado deve ser centrado no usuário, tendo as ferramentas como a tecnologia e não o fim em si mesmo.

Apesar de esse modelo assistencial pressupor o não estabelecimento de vínculo do paciente com a UAI, essa situação não é observada na prática. Assim, o vínculo entre usuários e a UAI interfere no gerenciamento e nas práticas cotidianas. A narrativa da filha de U6 caracteriza de forma clara esse vínculo com a UAI.

Toda vez que precisou a gente sempre veio para cá [UAI]. Nem procura outro para não atrapalhar o atendimento. Só esse ano ele já veio para cá cinco vezes. Fica assim 15, 20 até 30 dias. (AU6)

A filha de U6 conta-nos que seu pai é portador de várias doenças crônicas e que não frequenta o centro de saúde. Ele faz acompanhamento médico em um centro de especialidades em Belo Horizonte e, quando tem uma piora clínica, busca atendimento na UAI. Esse caso chamou-nos muito a atenção, pois se trata de um usuário idoso, portador de doenças crônicas e que não recebe assistência na atenção primária. A filha relata desconhecer o centro de saúde próximo à residência do pai e que ele nunca foi atendido lá.

Os profissionais também apresentam relatos que evidenciam o vínculo do usuário com a UAI.

Hoje mesmo a gente estava com um paciente aqui, paciente etilista crônico, todo dia tá aqui com a mesma queixa. Tremores nos membros inferiores, dor, visão turva, então, é um paciente que é freguês, que ele é assim, é um problema social clássico. Ele vem aqui na unidade para ter abrigo, para ter comida. Às vezes, eu percebo um pouco de falta de vínculo entre o usuário e a unidade básica. (E3)

Hoje mesmo veio uma [paciente] aí. Eu já atendi ela umas cinco vezes. Todo mundo já sabe que ela é viciada em dolantina. Então, ninguém precisa ficar pegando prontuário, já sabe. (M2)

G1 demonstra conhecer esse fator do vínculo do usuário com a UAI e relata como tem buscado contornar a situação.

E aí eu converso, a gente conversa com os profissionais e a gente tenta conscientizar os profissionais a vincular o paciente na atenção básica, mas a gente ainda vê uma certa dificuldade com muitos profissionais e o paciente acaba vinculando aqui. (G1)

Em determinados momentos, aos usuários é atribuída a responsabilidade pela criação do vínculo com a UAI. Contudo, observa-se falhas no sistema de atenção à saúde e nas ações dos profissionais. A declaração do G2 remete à “culpa” atribuída ao usuário.

Outra coisa que é o ponto maior para mim de todos é a população mesmo, a população não procura, ele não quer sair daqui e procurar a UBS, ele acha que vai demorar, que vai perder tempo, então ele não procura, ele prefere a cada dor vir na unidade de saúde tentar resolvê-la do que investigar a causa. (G2)

O usuário também pode ser “culpado” pelos profissionais pela falha no tratamento. No discurso de E5, a seguir, observa-se seu posicionamento quanto à “falha” no tratamento.

Eu acho que é de tudo um pouco, porque o paciente não procura a unidade básica. A unidade não encaminha, não é por escrito, não referencia. Muitos [usuários] eu acho que eles às vezes não sabem nem onde que eles têm que consultar, em qual unidade básica. Eu acho muitas vezes eles não sabem nem qual que é a sua unidade de referência. (E5)

Discute-se a falha no tratamento, citando a pesquisa de Farup *et al.* (2011) que demonstrou que a falha na interação entre os serviços de saúde (35%) foi a principal causa da falha do tratamento, seguido pela falha da atenção primária (28%), da atenção secundária (27%) e do próprio paciente (10%). Assim, é imprescindível que se faça uma reflexão sobre os motivos reais de falha nos tratamentos de saúde.

Descreve-se outra característica dos serviços de urgência e emergência encontrada na literatura e também na UAI estudada: a demanda dos usuários para a resolução dos mais diversos problemas sociais que enfrentam em seu dia a dia (MELO; FERREIRA, 2007). Segundo Cecílio (2012), as demandas sociais invadem as agendas dos profissionais e produzem um sentimento de impotência das equipes de saúde.

Nossa! Tem um motivo tão triste, tenho até vergonha de falar. Tem uns [usuários] aqui que se eu te falar que vem para almoçar. Os moradores de rua fazem ficha, entram, falam alguma queixa. (AS1)

Essa característica dos serviços de urgência e emergência pode desviar o foco da assistência prestada pelos profissionais, interferindo no trabalho da equipe. Desse modo, torna-se essencial pensar em políticas públicas que articulem os serviços de saúde aos serviços de assistência social, entendendo que as necessidades dos indivíduos precisam ser atendidas em sua integralidade. Assim, as ações de intersetorialidade precisam ser colocadas na agenda das discussões entre os membros da equipe e incorporadas às práticas cotidianas.

Nesse contexto de reflexão, a respeito das características do trabalho na UAI, revelaram-se alguns sentimentos e atitudes dos trabalhadores que, por vezes, levam a uma prática de qualidade questionável. Nessa perspectiva, a grande procura da unidade para atendimento de casos não urgentes foi relacionada, pelos profissionais de um hospital de ensino público, em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, à sobrecarga de atividades e à diminuição da qualidade do atendimento dos casos de urgência ou emergência (GARLET *et al.*, 2009). Segundo a constatação de Marques e Lima (2008) é frequente a população usuária utilizar a porta da urgência, não só para os casos agudos, mas também, de forma eletiva, para complementar os atendimentos das UBS e das unidades especializadas, os trabalhadores apresentam um sentimento de desperdício da vocação do serviço de urgência,

além de relatarem que essas demandas não urgentes trazem sobrecarga ao trabalho já estressante. Esses problemas citados anteriormente podem interferir no processo de trabalho e nas ações relacionadas à continuidade do cuidado.

Na UAI estudada, os profissionais também se queixam da sobrecarga de trabalho e da utilização da UAI para casos que eles consideram não ser responsabilidade da unidade. Atribuem, assim, essas fragilidades a não realização de ações que poderiam colaborar com a continuidade do cuidado. Os usuários percebem como os profissionais realizam a assistência pautada nessa “justificativa” da sobrecarga de trabalho.

É por falta de educação. Porque, às vezes, num tem paciência. Porque acha, porque tem muito paciente, num pode te dar uma atenção. (AU6)

Garlet *et al.* (2009) demonstraram que os profissionais reconhecem a dificuldade do usuário em sua trajetória terapêutica e também percebem seu sofrimento ao chegar a um serviço de saúde e não receber o atendimento esperado. Apesar disso, o volume de pacientes e o estresse dos atendimentos se sobrepõem ao acolhimento dos casos e à responsabilização com a produção do cuidado, sendo que a relação das equipes com o usuário fica entre o heroísmo e o descaso. Na UAI estudada, os profissionais relatam que, em alguns momentos, ocorre certo descaso frente ao contexto apresentado anteriormente.

No descaso, às vezes chega a ser até descaso, entendeu? (E2)

A gente tem que sair mais da cadeira e ligar mais, correr atrás. É a gente mesmo, é o profissional [...] mas é que eu tô falando depende do lugar, depende do profissional, infelizmente porque cada um tem uma conduta. (AS1)

Mas cabe aos profissionais a conscientização de atender, vou atender, é um caso de urgência, emergência, resolvo, não é não, faz um encaminhamento retorna para unidade básica, mas eu vejo que muitos acabam não retornando, faz o tratamento do paciente e manda procurar a unidade básica de boca, não dá um encaminhamento, não faz um relatório. (G1)

Assim, por vezes, o número de atendimentos caracterizados como não urgentes pode usado como justificativa para a resistência em realizar o trabalho e o descompromisso com a produção do cuidado fica evidente (GARLET *et al.*, 2009).

Poucos pacientes realmente precisam do atendimento de urgência. A maioria dos pacientes vem para conseguir atestado médico. A maioria, assim, se for olhar em termos de volume, a maioria é atestado. (M2)

Junquilha (2004) explica que a realidade cultural brasileira permite compreender algumas práticas recorrentes em vários serviços do Brasil, não sendo diferente na UAI. Uma delas é a chamada “*contemporização*”, evidenciada pela transigência no dia a dia organizacional, em que se torna habitual deixar as coisas como estão, originando-se daí

atitudes próximas à acomodação, à condescendência, ao não enfrentamento de conflitos diretos. É a origem do “jogo de cintura” como um recurso fundamental nas situações embaraçosas.

Então, antes, eu fazia mais, ligava, tentava conversar com os enfermeiros: Ah! Tem um paciente, aqui que é da sua área, ele está aqui hoje, com a pressão alterada, mas ele precisa de acompanhamento e tal. A gente pode ver a possibilidade de marcar uma consulta? [...]. Então, assim, não tinha muita receptividade, também, não [...]. Antes eu até começava, vamos conversar com a assistente social, aí algumas tinham interesse, outras não tinham interesse [...]. E aí por fim, assim, eu tento por conta própria, mas também, a demanda muitas vezes não me permite isso. Eu faço do que é mais gritante. (E3)

Observa-se, no depoimento de E3, que a enfermeira procurava encaminhar os pacientes, mas como foi sentindo muita dificuldade em executar essas ações acomodou-se e se “adaptou” às dificuldades, não as enfrentando mais. Atualmente ela faz o que é mais “gritante”, ou seja, encaminha aqueles casos imprescindíveis. Assim, entende-se que as características do trabalho nos serviços de urgência e emergência podem influenciar nas ações cotidianas dos trabalhadores que também tem sua parcela de contribuição para a não continuidade.

Outro aspecto que merece ser destacado é o fato de, no trabalho em saúde, o cuidado ser entendido como o somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais, realizado entre os vários cuidadores nos diversos serviços de saúde (MERHY; CECÍLIO, 2003). A fragmentação e a segmentação das ações separam o trabalhador de seu produto, acarretando atos esvaziados de sentido e com conseqüente desresponsabilização do trabalhador pelo cuidado prestado. O resultado é a alienação, com conseqüente diminuição da resolutividade (MARQUES; LIMA, 2008). No discurso de G1, observa-se como a fragmentação do cuidado pode prejudicar a continuidade.

Aquela crise hipertensiva que veio, médico olhou, melhorou, tchau, está aqui seu remedinho para 30 dias, tchau, então esses que a gente ainda não consegue vincular, o serviço social, a equipe fora o médico, a gente não tem conhecimento de que o médico fez, ele atendeu, tratou, deu alta, ele não referencia para o serviço social, para a atenção básica, ele não encaminha o paciente, ele trata e tchau. (G1)

A fragmentação impede a continuidade do cuidado, uma vez que o trabalhador passa a executar atos isolados e o usuário acaba se “perdendo” no sistema de saúde. Às vezes, os trabalhadores têm conhecimento do que precisa ser realizado para dar continuidade ao tratamento, mas como é necessária a ação de outros profissionais que não se comunicam, o cuidado fica fragmentado. Acrescenta-se que a assistência centrada no usuário fica prejudicada quando a fragmentação está presente.

Continuando a reflexão sobre o cuidado entendido como o somatório de pequenos cuidados entre os vários profissionais nos serviços de saúde e partindo do pressuposto de que, para se obter a continuidade do cuidado, é necessária a utilização de diversas tecnologias encontradas nos vários serviços, perguntou-se aos sujeitos sobre os possíveis e necessários encaminhamentos a outros serviços de saúde a partir da UAI.

Nada é fácil para referenciar aqui. Não! Nem para o hospital, nem para os postos, nem para a saúde mental. (E2)

Na urgência, interrompe muito essa continuidade, porque a atenção básica não tem como buscar esse paciente, e a hospitalar também não tem, então vira o gargalo aqui na urgência, ele acaba fazendo o tratamento dele aqui. (G1)

Tomando como base os depoimentos, elaborou-se um esquema representativo (FIG. 4), com os serviços de saúde reconhecidos como difíceis para realizar o encaminhamento de usuários a partir da UAI e os principais fatores dificultadores para a realização dos encaminhamentos.

Serviços do Sistema de Atenção à Saúde reconhecidos como difíceis para realizar o encaminhamento de usuários a partir da UAI e principais fatores dificultadores para realização dos encaminhamentos			
APS	CERSAM	Hospital	Especialidades
Déficit quantitativo do profissional médico	Critério de admissão de usuários	Déficit de leitos	Demora para a realização das consultas
Acolhimento como barreira para o acesso	Déficit quantitativo de profissionais da saúde	Influência Político Partidária	
Quantitativo de atendimento limitado			

FIGURA 4 – Esquema representativo dos encaminhamentos para outros serviços e os principais fatores dificultadores.

Em relação aos encaminhamentos para a APS, os sujeitos relataram vários elementos que interagem, causando lacunas assistenciais tanto na APS como no sistema de saúde como um todo.

A difícil fixação do profissional médico nos centros de saúde pode dificultar os encaminhamentos da UAI para as UBS (PUCCINI; CORNETTA, 2008; VON RANDOW *et al.*, 2011; CECÍLIO, 2012). Os usuários também relatam o déficit de médicos na APS.

A gente tem dificuldade, às vezes, de estar encaminhando paciente para as unidades, pelo fato da falta mesmo do profissional médico nas unidades, que às vezes tem na parte da manhã ou tem só na parte da tarde. Igual, a gente às vezes, atende paciente aqui, que a gente sabe que o atendimento dele seria para o posto de saúde, só que aí a gente faz o contato e não tem o médico lá para atender. Às vezes, tem que agendar, dependendo dos postos de saúde, a consulta é até 30 dias ou mais. Então, assim, dificulta, por isso que às vezes a gente até abre mão e deixa o paciente aqui. (E1)

O meu pé está muito inchado, está doendo muito e lá [UBS] sempre não tem médico, quase todo dia, a gente tem que vir aqui na UAI ou procurar outro setor. (U3)

Outro ponto dificultador para garantir uma APS abrangente e integral, evidenciada na pesquisa de Von Randow *et al.* (2011), foram os desafios referentes aos equipamentos e estrutura física nas unidades da APS, que podem contribuir para a não continuidade do cuidado nessas unidades.

Cecílio (2012) discute que o acolhimento pensado como estratégia para abrir as portas da unidade e acolher as necessidades tem se transformado em uma barreira para o acesso. Confirma-se esse problema pelo relato de G1.

Do sistema como um todo, eu vejo a fragilidade das unidades básicas de saúde justamente nessa questão de atender limitado, no limite, o médico vai lá, ele tem tantas fichas para atender, tem tantas fichas para acolher, tem tantas fichas para puericultura, para retorno, acho essa fragilidade, o posto tem que abrir as portas, atenção básica tem que abrir as portas e resolver a maioria dos casos que ela dá conta de resolver e não limitar quantos pacientes para atender. (G1)

O depoimento de G1 demonstra que a atenção primária pode não estar trabalhando com a lógica do acolhimento pautada em uma escuta qualificada das queixas do usuário em todo o tempo de funcionamento da unidade.

Além da barreira do acolhimento, encontra-se o limite quantitativo de atendimento diário pela equipe médica da UBS como outra dificuldade.

Então, antes, eu fazia mais, ligava, tentava conversar com os enfermeiros do centro de saúde. "Ah! Não. Aqui a gente trabalha com a agenda fechada, a gente já tem um número, a agenda está cheia. Tem que pedir ele para vir aqui" (E3)

No presente estudo, alguns profissionais e gerentes da UAI avaliam a APS, conforme exemplificado:

Em alguns postos, a gente tem muita dificuldade, falta médico, eu não sei assim te falar, se é falta de médico em termo de quantidade ou em termo de qualidade. (M2)

Quando você percebe que a UBS está funcionando bem? Pela quantidade de pacientes que eles mandam para cá. Se mandam menos é porque está funcionando bem. (G3)

Concluem Puccini e Cornetta (2008), em um estudo de monitoramento em prontossocorros de eventos sentinela da atenção básica, que atender prontamente e com médico, é fundamental para a atenção básica e que é preciso superar sua deficiência numérica, organização fragilizada e recursos capengas em unidades embaralhadas com as pretensas verdades nacionais do PSF.

Os encaminhamentos para o CERSAM são citados pelos trabalhadores da UAI como complicados para serem realizados.

A gente faz um contato [no CERSAM], dependendo do caso recebe, dependendo do plantão não recebe, é muito difícil isso. (AS1)

Da saúde mental aqui [município de Betim] tanto em termo de urgência quanto em termo de atenção básica, é muito deficitária. (M2)

G1 discute o critério de admissão no CERSAM que pode ser um fator que dificulte o encaminhamento dos pacientes.

Referenciar ainda é muito difícil, a urgência não consegue, CERSAM é muito difícil, porque paciente para o CERSAM não pode estar intoxicado que isso que aquilo outro, mas quando termina tudo aqui, o paciente está bem, aí o paciente não precisa de CERSAM, aí ele pode entrar pelo centro de saúde. (G1)

O CERSAM foi idealizado para ser um serviço de curta permanência para os pacientes até o restabelecimento do período de crise, quando são encaminhados para o acompanhamento em outros dispositivos, tais como os centros de saúde (OLIVEIRA; CAIAFFA; CHERCHIGLIA, 2008). Nessa perspectiva, essas autoras, ao realizarem uma pesquisa sobre os fatores associados à continuidade do cuidado em saúde mental de pacientes encaminhados a centros de saúde, evidenciaram falhas na proposta da linha de cuidado, além de a continuidade do tratamento parecer estar mais relacionada a fatores referentes ao serviço do que a características do paciente.

Assim, infere-se que as fragilidades relacionadas com a continuidade do cuidado na saúde mental também se aplicam aos serviços de urgência emergência e a dificuldade de encaminhar os usuários para o CERSAM, quando necessário.

Em relação aos estudos sobre continuidade do cuidado no campo da saúde mental, Haggerty *et al.*, (2003) sugerem a utilização de planos de cuidado que são importantes ferramentas para a ligação do cuidado atual com as ações realizadas anteriormente para então se planejar as próximas ações para as futuras necessidades. É importante ressaltar que os

planos de cuidado, para Haggerty *et al.*, (2003) devem permanecer flexíveis para acomodar as mudanças nas necessidades e circunstâncias dos pacientes. Entende-se, dessa forma, que os planos de cuidado podem funcionar como um dos suportes da continuidade informacional.

Os encaminhamentos para a atenção hospitalar são relatados pelos trabalhadores como os mais complexos para serem realizados. Eles apresentam sentimentos carregados de sofrimento em relação à dificuldade para transferir os pacientes graves.

Aqui eu acho que o grande problema da urgência de Betim é que não tem um hospital que dá conta. Assim, não tem vaga. Às vezes, tem paciente, já vi, já chorei na sala da gerência que tipo: pelo amor de Deus! Tira o paciente daqui. Não tem fluxo [...]. Aqui você não consegue vaga [...]. (M2)

A questão que acho séria, mas acho que isso é uma discussão para patamares elevados, questão de gestão mesmo, é a questão eu acho das vagas, pacientes assim que eu percebo aqui, pacientes graves que precisariam de uma transferência imediata, às vezes aguardam um, aguardam dois dias e você vai esbarrar onde? Deficiência, falta de leitos, então acho que é uns dos grandes problemas é a falta de leitos. (AS2)

G1 e E1 relatam a dificuldade de transferir os usuários para o Hospital Público Regional de Betim.

Falta de leito hospitalar é muito complicado, o [Hospital] Regional tem uma demanda muito grande, hoje não consegue suportar essa demanda. (G1)

E não tem referência, o hospital [Regional] não aceita, nós conseguimos transferir paciente, os agudos de vez em quando, os crônicos nunca vão para o hospital, sempre vão para Belo Horizonte, é a Santa Casa que recebe bastante. (E1)

G2 justifica a deficiência de leitos no Hospital Público Regional de Betim, tendo em vista algumas de suas características, como ser um hospital geral e ser referência para 16 municípios que fazem parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba.

O problema do hospital maior é que é um hospital regional, num é um hospital municipal, então ele não assume só os casos de Betim, ele assume os casos da região inteira, todos os municípios vinculados, então às vezes tem uma superlotação, então uma unidade de urgência, deveria ter um acesso mais fácil tenho dificuldade, tem uma certa dificuldade para encaminhar os pacientes. (G2)

Os trabalhadores da UAI trazem à tona a discussão sobre a utilização de alguns equipamentos como o ventilador mecânico.

E o pior é a sala de emergência, que tem paciente que necessita de um atendimento, na maioria das vezes de UTI, entubado e fica aqui e vai a óbito mesmo. (E4)

A incorporação desses equipamentos contribui para o descumprimento da Portaria n. 2.648, ao determinar que o paciente que não tiver sua queixa resolvida nas 24 horas de observação deve ser encaminhado para os serviços hospitalares.

A utilização dessas tecnologias precisa ser repensada, uma vez que, apesar de serem necessárias para o atendimento aos usuários em situações críticas, podem não contribuir para uma assistência de qualidade na UAI ao se pensar que não basta ter apenas um equipamento. É necessário haver: capacitações sobre a utilização dos equipamentos e sobre a assistência aos pacientes submetidos a tais tecnologias, assistência de outros profissionais e inclusão de outras tecnologias.

Para G3, a incorporação do ventilador mecânico foi um fator positivo.

O respirador na verdade foi um ganho, muitos acham que não, mas eu acho que sim. (G3)

Por outro lado, os profissionais apontam deficiências de alguns recursos para prestar assistência aos pacientes em estado crítico, que permanecem na UAI em decorrência das dificuldades encontradas no processo de transferência para o hospital.

Paciente que precisa de CTI, paciente que precisa de avaliação neurológica, normalmente a gente tem muita dificuldade. Igual semana passada mesmo, a gente ficou aqui com um paciente com leptospirose, progredindo aí com um quadro, com piora do quadro há uma semana, evoluindo para insuficiência renal, paciente de 50 anos até chegar a óbito. Isso me angustia muito, ficar com o paciente grave aqui. A gente também não tem nenhuma infraestrutura para isso. (E3)

Não tem nenhum exame, até para você tirar o paciente e fazer o Raio X, não tem como, porque o Raio X não é móvel. (M4)

Ainda discutindo sobre os encaminhamentos no sistema de saúde, para as consultas especializadas os usuários deram destaque, com especial ênfase para o tempo de espera, que tem sido elevado em algumas situações.

Dependendo do caso, demora. Igual agora, eu estou precisando voltar lá no cardiologista e não marquei, vou até tentar desistência lá. (U4)

Tinha de marcar e demorava muito, aí não, vou esperar não. Aí, eu peguei e fui lá no hospital, fui na UAI, cheguei lá, atendeu eu lá. (U3)

De acordo com o depoimento de U3, a UAI e outros serviços de saúde são utilizados para suprir carências em relação às consultas especializadas.

Segundo a narrativa da filha de U7, a continuidade pode ser prejudicada pela dificuldade para as consultas especializadas.

Não é muito contínuo não, porque, igual, ela às vezes depende de certas especialidades, tem uma certa dificuldade, aí acaba que a gente que tem que correr atrás, ou então a demora é grande, a gente sabe que no SUS tudo é demorado mesmo por causa da demanda, mas então tem certas coisas que leva até tempo demais. (AU7)

Todos os trabalhadores, sem exceção, relataram demora nas consultas especializadas e se posicionam em relação a essa situação, conforme exemplificado nos depoimentos de AS2 e M2.

Quando se trata de uma especialidade às vezes demora um pouco mesmo, isso não é nem eu que falo, é a fala deles [referindo-se aos pacientes], porque às vezes eles saem com um encaminhamento, uma contrarreferência, e muitas vezes eles não conseguem marcar essa consulta com especialista de imediato. (AS2)

O que eu vejo de dificuldade, às vezes tem um paciente que sai daqui, por exemplo, com um diagnóstico de trombose, faz o acompanhamento no posto, a gente pede uma interconsulta com a angiologia, demora seis meses para sair uma interconsulta, isso em Betim tem muito. É muito difícil. (M2)

A preocupação com a continuidade é explicitada por G1, ao se referir aos encaminhamentos das consultas especializadas feitos pela equipe da UAI.

E depois que o usuário passar pela consulta especializada? Como garantir a continuidade? (G1).

G1 menciona a importância do encaminhamento para a APS após a realização da consulta especializada, o que reforça a importância dos demais pontos do sistema de atenção à saúde para o alcance da continuidade e, portanto, da integralidade.

Mas é o que eu sempre bato na tecla que nós estamos conseguindo essa avaliação, ele vai lá, vai ser avaliado e vai retornar para onde? Para nós? Aí vem para cá o médico atende, resolve o que tem que resolver e termina o tratamento dele, acaba, encerra por ali, é o que eu pego muito no pé, a gente enquanto ele estiver aqui dentro sob os nossos cuidados, nós não vamos deixar de dar continuidade, precisa de avaliação da ortopedia, da vascular, da cardiologia, nós vamos encaminhar, vai e volta, nós temos que garantir que daqui, ele vai para atenção básica, ou vai para o hospital, tento conscientizar. (G1)

Numa visão mais positiva, Dias (2012), em pesquisa realizada no município de Belo Horizonte, evidenciou que, com a regionalização dos Centros de Especialidades Médicas, foram observadas melhorias na oferta de consultas especializadas e redução do tempo de espera para primeiras consultas e de retorno. No município de Betim, para solucionar o problema do elevado tempo de espera para a realização de consultas especializadas, é necessário pensar em alternativas coerentes com as características do município, de sua população e de seus prestadores de serviços, tendo sempre em vista a continuidade do cuidado.

A dificuldade para encaminhar os usuários para os diversos serviços, muitas vezes, ocasiona a superlotação da UAI, que pode ser entendida como uma situação de saturação do limite operacional das unidades. Segundo Bittencourt e Hortale (2009), a saturação é caracterizada por alguns aspectos, tais como: ocupação total de leitos do serviço; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimentos acima do preconizado; alta

tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. A situação de superlotação é comumente encontrada em unidades de urgência e emergência e indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde e induz à baixa qualidade assistencial. Ainda, segundo os autores, a superlotação possui vários componentes, dentre os quais destacam-se as dificuldades para acessar o nível primário de atenção, os hospitais, os serviços de saúde mental e os centros de especialidades (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Considera-se que a superlotação pode prejudicar a qualidade da assistência prestada aos usuários, bem como as condições de trabalho, além de interferir negativamente nas ações que visem à continuidade do cuidado.

A organização dos serviços de urgência e emergência como importante porta de entrada no sistema de saúde necessita ser discutida, levando-se em conta a demanda reprimida que chega a esses serviços e que precisa de respostas às suas necessidades. A esse respeito, vale salientar a penalização do usuário, trabalhadores e gerentes dos serviços em decorrência do uso indevido do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997; GARLET *et al.*, 2009).

Uma sugestão apresentada por Merhy e Cecílio (2003) para a garantia da continuidade do cuidado, tendo como ponto de partida a “porta” das unidades de urgência e emergência, seria a organização de equipes especialmente capacitadas para o acolhimento. Essas equipes teriam a função de reconhecer e encaminhar os usuários que necessitam de cuidados para encontrarem a assistência mais apropriada em outros serviços do sistema de saúde, sendo o próprio serviço responsável pela referência. Os autores enfatizam que não se trata simplesmente de informar o paciente sobre a necessidade de buscar outro serviço de forma fria e impessoal. O acolhimento deveria ser feito pelos profissionais, mediante o conhecimento dos serviços disponibilizados na região e com responsabilidade em transitar do paciente no sistema de saúde.

Observa-se, na UAI, que encaminhamento semelhante ao descrito por Merhy e Cecílio (2003) tem acontecido na classificação de risco por alguns enfermeiros. Assim, quando consideram que o usuário não tem necessidade de ser atendido na UAI, os enfermeiros o encaminham para a UBS.

Eu reencaminho para a unidade básica. Não tem formulário nenhum, é via receituário, mesmo. Ou, dependendo se é uma coisa, muito assim que não precisa nem de receituário, eu falo: você vai na sua unidade que você resolve isso lá, na unidade básica. Isso não é atendido aqui, você não vai resolver o problema aqui. (E4)

Nesse sentido, a resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 423 de 2012 prevê que o usuário seja acolhido por uma equipe que deve definir o seu nível de gravidade e

encaminhar ao atendimento de que necessita. Assim, a classificação de risco deve ser realizada por enfermeiros devidamente qualificados para tal. Além da capacitação específica para realizar a classificação de risco, considera-se ser de suma importância o conhecimento dos dispositivos de saúde do município pelo enfermeiro responsável pelo acolhimento com classificação de risco.

A discussão de encaminhamentos para os demais serviços de saúde nos remete à reflexão sobre o acesso. A universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, é um dos princípios do SUS (Lei 8.080/90). Assim, as dificuldades de encaminhamento dos usuários para os demais níveis assistenciais, por parte dos profissionais, ferem o princípio da universalidade, já que o acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços ou recursos e, sim, na utilização dos serviços quando necessário (VARGAS *et al.*, 2011).

Segundo O'Dwyer (2010), são muitos os desafios para a gestão das urgências em todos os níveis de governo e, na ausência de uma regulação e efetiva integração entre os serviços, cabe a todos os níveis de atenção às urgências acolher as atuais demandas.

Ainda a respeito dos aspectos gerenciais relacionados à continuidade do cuidado, cabe salientar a importância da **gestão de pessoas** e de **recursos materiais** que emergiram das narrativas dos sujeitos. Em relação à gestão de pessoas, Dutra (2011, p. 17) caracteriza-a como “um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo”. Segundo o autor, as políticas são princípios e diretrizes que balizam decisões, comportamentos da organização, das pessoas e as práticas, que consistem nos diversos tipos de procedimentos, métodos e técnicas utilizados para a implementação de decisões e para nortear as ações. Já sobre a conciliação de expectativas, está relacionada ao compartilhamento de responsabilidades entre a empresa e o profissional.

Observa-se, na UAI, que as políticas e as práticas que permitem a conciliação das expectativas da organização e das pessoas podem estar em desequilíbrio, o que pode interferir nas práticas cotidianas, impactando no processo de trabalho e, conseqüentemente, nas ações voltadas para a continuidade do cuidado.

Analisando as narrativas dos sujeitos, nota-se que problemas, como dificuldade de fixação da equipe e alta rotatividade, principalmente dos médicos, interferem no cotidiano.

Mesmo porque todos os pediatras aqui são efetivos, é mais fácil. A clínica médica é a mais difícil, porque tem uma rotatividade muito grande de profissionais e cirurgões também são poucos que são efetivos. (AS1)

Até pela questão da rotatividade dos médicos, então, tem muitos médicos novatos e a gente tem uma certa dificuldade. (E3)

O maior problema é conseguir médico fixo. (G2)

Observa-se que algumas dificuldades enfrentadas por profissionais e gerentes no dia a dia fogem de sua governabilidade. A esse respeito, O'Dweyer (2010), ao analisar a política de urgência, afirma que a implantação dos SAMU e das UPAs tem ocorrido por meio de uma plasticidade na forma de contrato dos profissionais que não favorece a sustentabilidade da política, com maior impacto para o médico.

Nesse contexto, faz-se necessária a definição de políticas e estratégias, tendo como foco a gestão de pessoas com vistas ao desenvolvimento de condições objetivas de crescimento profissional, acesso à qualificação e melhoria na forma de contratação, tipo de vínculo e jornada de trabalho.

Identificam-se, no presente estudo, dificuldades na realização do planejamento assistencial em equipe, conforme ilustrado no depoimento de G1.

Aqui é bem complicado, unidade de urgência é bem complicado você fazer um planejamento multidisciplinar de um paciente, na maioria das vezes a gente fica apagando incêndio. (G1)

Partindo da premissa de que o planejamento deve se orientado por práticas multidisciplinares, deficiências no planejamento das ações em equipe podem interferir na qualidade da assistência. A situação descrita por G1 nos remete às condutas gerenciais observadas em estudo realizado em um grupo de organizações do Governo do Estado do Espírito Santo, no qual foram delineados perfis e condutas gerenciais. Dentre eles, o “plantador de coco” que se caracteriza como um profissional que apresenta dificuldade para conviver com o planejamento das atividades cotidianas, imperando as situações de emergência, o “apaga-incêndio” (JUNQUILHO, 2004).

A discussão sobre a **gestão de recursos materiais** emergiu dos depoimentos dos usuários que apontaram a falta de medicamentos e materiais na UAI e, ainda, dificuldades na obtenção de medicamentos no município de Betim. Considera-se que a deficiência de recursos materiais pode prejudicar a continuidade do cuidado.

Aí, a minha médica passou para o Divino Braga, o especialista. Aí, ela passou até um remédio que eu pego em Belo Horizonte, ele é caro ou aqui em Betim não tem. (U2)

Eu trouxe o da [medicamento] pressão que eu tomo em casa. Estou tomando é os meus mesmo e um que o médico passou para mim, um antibiótico, três comprimidos, não tinha aqui, aí meu marido comprou. Estou tomando o que é comprado. (U4)

Comprei azitromicina, ela está tomando um comprimido de 24 em 24 horas, todo dia ao meio dia eu estou dando por seis dias, que aqui na rede não tem. A sorte minha é porque eu tinha um dinheiro reserva, que eu não tinha nem recebido pagamento ainda. (AU7)

Nesse âmbito, é necessário o aprimoramento dos sistemas de gerenciamento de recursos materiais, a fim de assegurar a assistência contínua, de qualidade a um menor custo e isenta de riscos para si profissionais e usuários (CASTILHO; GONÇALVES, 2010).

A discussão sobre as **questões políticas como influenciadoras da gestão local** emergiu de narrativas de profissionais e de usuários. A esse respeito cabe esclarecer que a coleta de dados deste estudo ocorreu no período de campanha política eleitoral das eleições municipais de 2012. Esse fato levou ao posicionamento de alguns usuários em relação aos candidatos a prefeito do município de Betim, não implicando prejuízo para a coleta de dados.

Os profissionais, ao relatarem algumas dificuldades em relação ao encaminhamento de pacientes para a atenção hospitalar, mencionam questões políticas.

Central de leitos, você não consegue, é uma coisa ruim até, que às vezes quando consegue aqui dentro é por politicagem. Aí que você fica mais ofendido ainda, e aqueles que não têm politicagem? [...] que aqui todo mundo é do fundo da cozinha da prefeita (E2)

A gente não consegue transferir os pacientes, a gente passa aperto mesmo. Já teve caso, mês passado mesmo, estava paciente entubado aqui durante oito dias e depois paciente veio a óbito. Chegou aqui com um prognóstico excelente e a gente lá tipo assim: cadê a vaga? Cadê a vaga? Liga, liga todo dia. Aqui em Betim tem o problema político também que é péssimo. Que às vezes um paciente que não tem indicação de transferência, mas que tem dez aqui que tem prioridade, não! Os dez vão ficar, mas o que não tem prioridade porque é irmão do vereador, primo do vereador, a vaga sai. Isso é demais! (M2)

As condutas apresentadas assemelharam-se às condutas gerenciais observadas por Junquilha (2004). Segundo o autor, em algumas situações, os gerentes costumam adotar a conduta de “*dar a volta por cima*”. Nesse caso, o “jeitinho” é utilizado como recurso indispensável à convivência com os excessos de normas e decretos formais, caracterizando situações nas quais as relações pessoais, as amizades facilitam o contorno de dificuldades para a obtenção de resultados pelos caminhos formais.

Junquilha (2004) afirma que o uso do “jeitinho” é um traço da cultura brasileira. No contexto da UAI, esse tipo de conduta traz prejuízos para questões gerenciais, uma vez que as normas e as condutas esperadas não são cumpridas. Ressaltam-se, ainda, os problemas éticos oriundos desse tipo de posicionamento, os quais geram sentimentos de injustiça nos profissionais, gerentes e também nos usuários.

Cecílio (2012), ao abordar os múltiplos regimes de regulação do acesso aos serviços de saúde, apresenta um regime ligado à tradição política brasileira, denominada como

“clientelístico-eleitória”, fruto do protagonismo de múltiplos atores políticos, sejam eles políticos com cargos eletivos ou de entidades de classe sindicais. Cecílio (2012) explica que esse fato representa uma contrarregulação, porque opera numa lógica aparentemente oposta à regulação governamental/formal, embora faça pontos de contato com ela. A moeda de troca que alimenta esse regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio de potenciais eleitores em processos eleitorais variados, configurando o “jeitinho” brasileiro de regular. Completa-se que a regulação “clientelístico-eleitória” exerce papel destacado em todas as cidades brasileiras, sendo tal regime salvo-conduto para acessar os serviços.

Nesse contexto, os trabalhadores da UAI podem vivenciar o sofrimento moral, o qual, segundo Jameton (1984 citado por Barlem 2012), decorre da incoerência entre as ações das pessoas e suas convicções. Dessa maneira, o profissional reconhece o que é correto e que deve ser feito, mas se encontra impossibilitado de empreender as ações, seja por erros de julgamento, falhas pessoais, fraquezas de caráter ou mesmo circunstâncias alheias ao controle pessoal.

Esse tipo de sofrimento, apesar de doloroso, pode configurar-se como importante elemento mobilizador para o questionamento, o diálogo e o enfrentamento coletivo das inúmeras tensões presentes nas ações profissionais. Contudo, o posicionamento de um dos gerentes aponta para o comportamento de acomodação e isenção em relação aos problemas vivenciados, conforme pode ser observado:

Eu acho que você tem conversar com o gestor, com o secretário de saúde, isso não é minha função, eu posso ter minha opinião, mas não é minha função, essa função é para outra pessoa te responder, é ele quem tem que pensar nisso, é ele [secretário de saúde] que é preparado para isso, então foge da minha alçada, acho que se eu tivesse no lugar dele estaria pensando nisso. (G2)

Apesar de reconhecer seu papel como gerente na UAI, G2 restringe sua participação na resolução de algumas situações, remetendo-nos novamente ao estilo gerencial apresentado por Junquilha (2004), denominado “*contemporização*”. Tal estilo é caracterizado pela habituação com o dia a dia organizacional, levando o profissional a “deixar as coisas como estão”. Ademais, o depoimento de G2 nos permite evidenciar sua atuação restrita ao seu espaço de trabalho, isentando-se de questões que, aparentemente, não são de sua responsabilidade, mas que interferem diretamente em seu cotidiano.

Tendo em vista as fragilidades apresentadas por gerentes, profissionais e usuários, neste tópico reforça-se o posicionamento de Silva (2011), ao afirmar que a integração da saúde, com a constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde. Além disso, representa

grande importância na superação de lacunas assistenciais, na racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis. No entanto, segundo o autor, propostas de integração e constituição de redes de atenção à saúde no SUS terão chances reduzidas de avanço se utilizarem modelos prescritivos sem considerar os elementos contextuais (SILVA, 2011).

Marques e Lima (2008) elucidam que a mudança de paradigma, do centrado na doença para as necessidades em saúde, não dependerá somente do desejo de cada trabalhador/gestor/usuário, mas da lente que será usada para observar e transformar o fenômeno. Essas autoras fazem uma interessante analogia da Saúde com um caleidoscópio cujas partes estão sempre presentes; o que diferencia um desenho do outro é o arranjo das peças e, na Saúde, os elementos do processo de trabalho também estão sempre presentes, mas o produto da ação do trabalhador dependerá do rearranjo dos diferentes elementos, da ênfase que será dada às necessidades do usuário e ao ordenamento das tecnologias.

5.3.1 O PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR COMO EXPRESSÃO DA CONTINUIDADE DO CUIDADO

Eu acho o PID fundamental. Na grande maioria dos casos, o sucesso é muito bom. (M2)

Essa categoria emergiu dos relatos sobre o Programa de Internação Domiciliar (PID), apontado como potencial estratégia no alcance da continuidade do cuidado.

Urge destacar que a expansão da atenção domiciliar no Brasil encontra-se relacionada ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de doenças crônicas, que vêm influenciando na formulação de modalidades alternativas à hospitalização, que utilizam o domicílio como lugar de cuidado (MESQUITA *et al.*, 2005; SENA *et al.*, 2006; BRASIL, 2011e). Dessa forma, existe uma tendência de crescimento da atenção domiciliar no Brasil que pode ser confirmado na UAI em estudo.

Nos primeiros dois anos, nós admitimos no total 400 pacientes [no PID]. E terminando agora, completando o terceiro ano nós vamos estar com 800 pacientes internados em casa, ou seja, a minha capacidade eu dobrei em um ano. (M5)

Starfield (2002) apontou que os serviços de atenção domiciliar à saúde tornar-se-ão mais importantes, não para propósitos de manejo das doenças agudas, mas sim para a avaliação adequada de fatores sociais. Segundo a autora, tanto o envelhecimento das populações como o aumento da sobrevivência de indivíduos atingidos por problemas anatômicos, fisiológicos ou psicológicos aumentam a necessidade da atenção domiciliar e de conhecimento de recursos na comunidade.

De acordo com Silva *et al.* (2010), nos últimos anos, a atenção domiciliar está se tornando presente em políticas públicas de saúde e de assistência social e, com isso, vem se tornando cada vez mais presente no cotidiano da sociedade brasileira. O relato de E5, a seguir, refere-se a esse crescimento da atenção domiciliar por meio do incentivo do governo.

E essa é tendência da atenção domiciliar é só crescer mesmo. O Governo Federal quer isso. Quer aumentar equipe, quer e precisa. (E5)

Alguns exemplos dessa expansão, na legislação brasileira, são: a Portaria n. 2.416 de março de 1998 a Lei n. 10.424 de abril de 2002 e a RDC 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de janeiro de 2006 que foram importantes na consolidação da discussão

da atenção domiciliar como modalidade de assistência à saúde e seu reconhecimento nas políticas públicas.

No Brasil, a assistência domiciliar foi organizada, inicialmente, em 1949, por meio do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência. Já nos primeiros anos da década de 1990, com a tendência mundial, surgiu o *home care*, serviço organizado na forma de cuidado domiciliar concentrado em empresas privadas e nos grandes centros (FEUERWERKER *et al.*, 2008).

Em um estudo realizado por Feuerweker *et al.* (2008), foi analisada a experiência da atenção domiciliar em cinco municípios do Brasil: Sobral, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Marília e Londrina. Com base nisso, evidenciou-se que a atenção domiciliar, em todos esses locais, possui o objetivo de abreviar a internação hospitalar e influenciar na autonomia do paciente e de seus familiares. No município de Betim, nota-se que não é diferente; a internação domiciliar é utilizada para o alcance da rápida recuperação dos pacientes, conforme exemplificado:

Assim, só de estar em casa, a resposta do paciente muda muito. (M2)

Acho que o PID, ele pode ajudar na continuidade [...] levando o paciente para casa que eu acho que já é uma grande evolução. Na maioria das vezes, o paciente não tem necessidade de ficar internado. Ele precisa do cuidado, da dedicação, do acompanhamento médico, mas não precisa de ficar aqui. (E3)

Segundo a Portaria n. 2.527, de outubro de 2011, a atenção domiciliar no âmbito do SUS é considerada como:

Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011, p.02)

O termo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) também é descrito na Portaria n. 2.527 e significa: serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio.

No âmbito de redefinição de políticas, a Atenção Domiciliar (AD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado no domicílio, seja na atenção básica, ambulatorial ou hospitalar, com vistas a: redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção, desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários. Essa

reorganização é de extrema importância perante a atual situação das unidades de urgência e emergência e dos hospitais brasileiros que se encontram em crise devido a vários fatores, dentre eles a superlotação e os altos custos com a internação hospitalar (LOVALHO, 2004; FEUERWERKER, *et al.*, 2008; BITTENCOURT; HORTALE, 2009; BRASIL, 2011b).

Esse cenário propicia o desenvolvimento de meios que possibilitem a concretização do princípio da integralidade no sistema de atenção à saúde. A AD vem se configurando como uma alternativa importante para minimizar alguns dos principais problemas da saúde como os descritos anteriormente e também como uma estratégia para o alcance da continuidade do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2012; MARTELLI *et al.*, 2011). O relato de AS2 expõe alguns dos fatores positivos da AD.

A Atenção domiciliar ajuda a desafogar as unidades de urgência e emergência, por que aquele paciente, ele não está grave, mas ele também ainda não está liberado para o controle, ele precisa de um acompanhamento médico, mas aí o médico atende, e ele vai para cuidados em casa. (AS2)

De acordo com Mesquita *et al.* (2005), ao se comparar a internação hospitalar com a domiciliar, esta última possui custos reduzidos, variando de acordo com a patologia atendida. Ademais, segundo Silva *et al.* (2005), esse modelo assistencial possui como objetivo a redução do tempo de internação e dos custos hospitalares possibilitando a construção de uma lógica voltada para a humanização e vigilância à saúde.

De acordo com dados da Prefeitura Municipal de Betim, em 2010, 260 pacientes foram assistidos pelo no PID, aumentando o atendimento mensal para 60 pacientes. Em virtude desse tipo de assistência, 5.684 leitos/dias foram liberados para atendimentos nas UAIs. Já no primeiro semestre de 2011, o PID recebeu 338 casos novos (BETIM, 2012b). A liberação de leitos pelo PID é evidenciada por M2 e M5, que afirmam que o programa em Betim tem contribuído para diminuir a superlotação na UAI.

O PID é ótimo. Ele desafoga muito o sistema. (M2)

A internação domiciliar é a grande saída para essas portas de hospital aqui que não consegue internar. Para o paciente é um conforto enorme. (M5)

O município de Betim possui quatro equipes vinculadas ao PID que estão presentes na UAIs Sete de Setembro (Sede), Teresópolis, Guanabara (PTB) e Alterosas (BETIM, 2012b).

A carência de leitos hospitalares tem feito com que o PID se torne uma “porta de saída”, sendo considerado, por muitos profissionais, como a solução para “desafogar” as unidades de urgência e emergência e, também, os hospitais.

E, na realidade, o que a gente tem visto, assim, que quem tem sido o grande internador de pacientes é o PID. (M5)

Então, assim, para você conseguir uma vaga é muito difícil, paciente, às vezes ele completa o tratamento dele todo na unidade ou quando vai para o Programa de Internação Domiciliar, que é o PID. (E5)

[...] eu entendo ele como um processo de continuidade, ou seja, desafogar a unidade de urgência e emergência. (AS2)

Além de acelerar a recuperação do paciente, o PID contribui para a redução de custos com internação hospitalar, desafoga os serviços de urgência de baixa e média complexidade e humaniza o atendimento. A redução das despesas do sistema com a internação domiciliar é bem explicitada no depoimento de M5:

E assim, é um olhar, do ponto de vista financeiro, é importantíssimo, porque é uma grande economia para o sistema. (M5)

O mesmo profissional relata que, muitas vezes, no PID, são utilizadas tecnologias de baixo custo. Tais tecnologias têm se mostrado efetivas no tratamento e contribuem para a redução dos custos.

E assim, com o mínimo de tecnologia. Então, assim, eu consigo perceber, que apesar das necessidades tecnológicas de ponta de alto custo, ressonância, exames complementares e tecnologias mesmo de alto custo, a gente com a simplicidade que tem o PID, com o estetoscópio, o aparelho de pressão, um glicosímetro, a gente consegue resolver, 80% dos casos de patologias agudas. (M5)

A AD, de acordo com a Portaria n. 2.257, é um dos componentes da RAU e deve ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à RAS. A AD é organizada em três modalidades, observando-se a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

A modalidade AD1 destina-se aos usuários com problemas de saúde controlados ou compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de cuidados de menor complexidade. A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês (BRASIL, 2011c). Em Betim, a modalidade AD1 é chamada de PAD (Programa de Atenção Domiciliar).

As modalidades AD2 e AD3 destinam-se aos usuários com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. O que diferencia essas duas modalidades é que os usuários da modalidade AD3 necessitam também de uso de equipamentos (BRASIL, 2011c). O PID vinculado às UAIs em Betim pode ser caracterizado como pertencente às modalidades AD2 e AD3. Os usuários atendidos pelo PID de Betim são oriundos das UAIs.

É possível reconhecer que as diversas modalidades de AD representam possibilidades de melhorar a qualidade de vida da população, a relação custo-benefício da assistência à saúde, a otimização da força de trabalho e dos recursos tecnológicos e a humanização do cuidado (SENA *et al.*, 2006).

Um dos elementos importantes descritos na Portaria n. 2.527 é a continuidade do cuidado por meio da AD, uma vez que diminui as rupturas no cuidado prestado ao paciente. No presente estudo, o PID é apontado pelos três grupos de sujeitos (gerentes, profissionais e usuários) como uma expressão da continuidade do cuidado e um importante caminho para alcançá-la, o que pode ser observado nos seguintes relatos:

O PID é uma continuidade do tratamento. (E4)

A garantia da continuidade eu posso falar pelo PID. É a continuidade que quando eu falo do PID ele não recebe alta [...]. (M5)

Então, eu estou pensando em conversar com ela [médica] a respeito do PID. Porque ela trabalha no PID também. Eu estava querendo pedir a ela, mesmo que não seja todos os dias, porque o caso dele não é tão grave, se ela pudesse acompanhar ele, pelo menos uma vez por semana, pelo PID lá em casa. (AU6)

Os profissionais e gerentes consideram o PID como uma “estratégia”, um “instrumento” para se garantir essa continuidade.

Eu acho que a internação domiciliar, ela é a grande sabedoria para a saúde. (M5)

Uma das melhores ferramentas para a continuidade é o PID, nosso PID foi o mais efetivo, nosso PID funcionou esse ano, ele consegue tirar da unidade muitos pacientes e consegue dar um encaminhamento para aquele paciente, eu consigo acabar o tratamento dele no domicílio, para ele vai ser melhor o PID. (G2)

Destaca-se que, na UAI pesquisada, a médica que integra a equipe do PID também atua na UAI. A situação descrita contribui na captação de pacientes que se encontram na UAI para o PID e facilita a comunicação e a relação entre as equipes.

Agora com a consolidação do PID e a nossa médica do PID é diarista aqui na UAI, então muitos dos pacientes internados que recebe alta para continuar o tratamento domiciliar. (G3)

Por meio da AD, é possível a construção de pontes entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio (BRASIL, 2011b). O paciente é encaminhado para o tratamento em sua casa vinculado a um profissional responsável por ele e será sua referência para o encaminhamento para os outros pontos do sistema de saúde.

Tem o PID, também, que é o programa de internação domiciliar, que dá essa continuidade em casa [...] A médica vai lá, acompanha o paciente, depois dá seguimento para o posto. (M2)

O paciente na hora que o PID, ok, a gente sabe que o paciente termina, vai ter uma sequencia até certo tempo. (E2)

De acordo com a Portaria n 2.527, a AD deve estar integrada às redes de atenção à saúde de forma que seja capaz de potencializar a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011c). Dessa forma, a AD tem se configurado como um mecanismo para a garantia dos princípios da integralidade e resolutividade. Contudo, é fundamental que as equipes da AD se articulem com os outros pontos da rede de saúde a fim de compartilharem saberes (BRASIL, 2012). Tal articulação é apontada por um dos médicos entrevistados:

Os pacientes que são inseridos no PID eles tem esse privilégio. Porque, a gente tem um fluxo paralelo. Ele entra aqui, a gente marca o exame, eu vejo o resultado dos exames e dou encaminhamento para onde precisa. (M5)

Martelli *et al.* (2011) destacam a importância do PID na desospitalização do paciente, possibilitando a criação de condições familiares para que se continue o tratamento, sem perda de qualidade e de efetividade.

O domicílio, de acordo com Kerber *et al.* (2008), permite que os profissionais visualizem os pacientes reconhecendo as múltiplas relações que possuem no âmbito familiar. Tal local ultrapassa as questões médicas e técnicas por possibilitar a visualização das dimensões emocionais e afetivas. Nessa perspectiva, no presente estudo a AD tem propiciado o estabelecimento de vínculos que possibilitam relações de confiança entre profissional e paciente.

[...] a relação que você cria com o paciente, que é completamente diferente da urgência [...] assim, em casa é diferente, essa relação. Você tem café da manhã. Você ganha um saco de mexerica. É uma identificação muito grande que a gente recebe. (M5)

A esse respeito SENA *et al.* (2006) afirmam que quando o domicílio passa a ser o local do cuidado, estabelecem-se relações antes não vivenciadas entre profissionais e usuários e familiares, entre famílias e serviços.

A AD visa à humanização, ao cuidado especializado e ao convívio com familiares, para que ele não perca suas referências culturais e territoriais (SENA *et al.*, 2000). Isso permite que o mesmo possa continuar suas atividades domiciliares sem precisar rompê-las, contrariamente ao que ocorre quando se trata do ambiente hospitalar.

[...] para o paciente é um conforto enorme, porque, eu não tiro das responsabilidades domiciliares do que ele desenvolve em casa, ele continua desenvolvendo. Por exemplo, a [paciente] era costureira, então ela estava aqui [internada] ela estava sem trabalhar. Foi internada em casa, ela continuou trabalhando, costurando. (M5)

A AD, de acordo com Kerber *et al.* (2008), é considerada uma prática humanizadora, pois possibilita que o paciente esteja junto à família e que o familiar que realiza os cuidados não precise deixar de fazer suas outras tarefas para permanecer no hospital. Tal forma de atenção à saúde traz não só o conforto para o paciente como também para a família. O relato a seguir traduz essa ideia:

Porque a família fica aqui, às vezes [...]. Você não tem lugar para dormir, você vai ficar dias [...]. Ai vai ter que gastar dinheiro para vir para cá [para a UAI], um ônibus para cá. (E4)

Entende-se por humanização “a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde” (VAITSMAN *et al.*, 2005). Essa concepção de humanização ficou explícita nos depoimentos dos sujeitos.

Aí, você vai para casa, você está na sua casa [...] Em casa, não é uma comida daqui e pode receber as visitas que quer. (E4)

Sena *et al.* (2000), em estudo sobre a caracterização de cuidadores do PID de Betim, evidenciaram que a internação domiciliar favorece a humanização do cuidado mediante a orientação técnica, preparo emocional dos cuidadores e apoio da instituição de saúde.

Cabe salientar que, após a alta do PID, o paciente pode ser encaminhado para o PAD de sua UBS, caso necessite da continuação do acompanhamento.

Quando ele realmente ele sai desse processo de necessidade do atendimento da equipe ele é referenciado para a unidade [básica] para possível controle. (AS2)

O PID já funciona melhor, porque o paciente vai ficar na internação em casa, no momento que ele vai a equipe já comunica com a equipe do PAD [...] Então o pessoal do posto já fica sabendo que aquele paciente tem previsão de alta para daqui a dez dias, ou seja, a partir daí é o PAD que vai dar continuidade, a APS é que vai dar continuidade, então esses pacientes que vão para o PID a gente consegue dar uma continuidade junto com a atenção básica. (G1)

Em Betim, observa-se a complementaridade entre os programas PID e o PAD que atua em casos menos complexos e de longa duração (BETIM, 2012b). Esse fato contribui para a continuidade do cuidado do paciente entre os níveis de saúde, impedindo que ele seja desacompanhado após a sua alta. Caso ele não precise mais do acompanhamento domiciliar, receberá um encaminhamento para a sua UBS.

[...] depois do PID ele vai para o PAD, que já é o paciente crônico que vai ter visitas constantes, [...] PID são internações curtas (M5).

O PID tem contato direto com o PSF, então tudo que o paciente precisa tem o encaminhamento do PID para o PSF, médico do PSF também acompanha, eu acho

que hoje em dia uma boa saída para todo o sistema público seria a internação domiciliar. (G2)

Fica explícito que o PID é uma “estratégia” para se assegurar a continuidade. Os sujeitos apontam o PID como uma possibilidade de manutenção da continuidade do cuidado.

Tem um atendimento em casa, de funcionários que são do PID, vinculados à UAI. Então, essa continuidadezinha, pequenininha a gente tem. Mas depois, daí, que sai dessa internação eles ficam realmente soltos. (E5)

A gente tem um atendimento, que eu poderia dizer que é de continuidade que é o PID. (E4)

Em Betim, o PID vem se tornando referência nacional e foi utilizado como exemplo para a implantação do Programa “Melhor em Casa” do Ministério da Saúde. Com a nacionalização do programa, será possível o aumento de recursos para essa iniciativa que permite a continuidade do cuidado de forma humanizada (BETIM, 2011).

Acrescenta-se que, no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011-2012, a AD é entendida como uma das ações que visam fortalecer a capacidade de resposta do SUS com uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.

Considerando o gerenciamento das condições crônicas, a AD também deve estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência (BRASIL, 2011c).

No presente estudo a Atenção Domiciliar, representada pelo Programa de Internação Domiciliar, foi considerada como potente instrumento viabilizador da continuidade do cuidado, tendo emergido espontaneamente nos depoimentos dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por intermédio deste estudo de natureza descritiva qualitativa, procurou-se descrever a continuidade do cuidado de forma detalhada e aprofundada em um contexto rico de significados, aspirações e atitudes. Nessa perspectiva, a continuidade do cuidado foi compreendida em um contexto repleto de relações, marcado por singularidades que permitiram a ampliação da percepção do objeto do presente estudo.

Buscou-se compreender a continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde ao portador de DCNT, na perspectiva de gerentes, profissionais e usuários de uma Unidade de Atendimento Imediato e, assim, a continuidade do cuidado ao portador de DCNT foi expressa em momentos e situações distintas. Contudo, foram observadas rupturas importantes que merecem ser consideradas na definição de políticas e estratégias que tenham como alvo o cuidado humanizado e de qualidade.

Quanto à continuidade informacional, verifica-se que está em processo de construção. No contexto interno da UAI, a continuidade informacional apresentou lacunas como: registros deficientes nos prontuários e falhas na comunicação entre os profissionais, que fragilizam a continuidade do cuidado, o que torna necessário refletir e buscar estratégias de intensificação da comunicação entre as equipes da UAI. No entanto, os livros administrativos apresentaram-se como uma possibilidade de manter uma comunicação mais efetiva entre as equipes. Acredita-se que, mesmo com a existência de problemas, há “rotas de fuga” que fazem com que a assistência venha sendo prestada. Outras formas de comunicação existem, porém torna-se necessário evidenciá-las.

A interação entre a UAI e os demais serviços de saúde mostrou-se deficitária, favorecendo a ruptura na assistência prestada aos usuários. O sistema de referência e contrarreferência revelou alguns problemas. No entanto, evidenciou-se que as assistentes sociais são profissionais - chave na interação entre os serviços, devendo-se repensar seu processo de trabalho e suas ações voltadas para a interação entre os serviços de saúde. O papel das assistentes sociais mostrou-se positivo em relação à busca pela continuidade.

A falta de padronização na realização de algumas atividades foi revelada como um fator que pode influenciar na assistência prestada. No entanto, a partir dessa situação de déficit de protocolos e normas é possível trabalhar com a autonomia dos sujeitos na construção de uma assistência voltada para as necessidades dos usuários.

Tendo em vista a magnitude das DCNT, o gerenciamento das condições crônicas na UAI apresentou algumas arestas como ausência de protocolos e diretrizes, que propiciam rupturas na continuidade do cuidado, prejudicando a qualidade de vida dos usuários e influenciando no trabalho na UAI e no sistema de saúde como um todo.

Embora na UAI estudada não tenham sido observadas ações voltadas para a garantia da Linha do Cuidado para as DCNT, torna-se fundamental sua implementação como uma das possibilidades de melhorar o acompanhamento e gerenciamento das DCNT.

As características do trabalho na UAI se mostraram semelhantes às características de outros serviços de urgência e emergência, tais como funcionamento ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, com a prestação de atendimento a pacientes acometidos com diversos quadros. Contudo, existem outras características que são decorrentes da atual configuração do sistema de saúde, como superlotação, deficiência de leitos de retaguarda, déficit quantitativo e qualitativo de profissionais. Essas características contribuem para que os trabalhadores prestem uma assistência pautada na queixa-conduta, uma assistência fragmentada e às vezes esvaziada de sentido. Cabe ressaltar que a assistência, mesmo com várias lacunas, tem sido prestada. Portanto, é fundamental que se faça uma reflexão sobre como realmente a assistência tem sido prestada.

Observou-se que alguns usuários estabelecem um vínculo com a UAI, assim torna-se necessário avaliar a criação de vínculo entre os usuários e os serviços de urgência e emergência, suas causas e consequências, não perdendo de vista a atual configuração do sistema de saúde.

Em relação à gestão de pessoas e de recursos materiais na UAI, esta mostrou-se dinâmica e complexa, apresentando relação direta com a continuidade do cuidado. Torna-se, por isso, imprescindível a revisão dos processos de trabalho e gerenciais ligados a essas áreas. Evidenciou-se também que as questões políticas na UAI interferem nos processos assistenciais e na gerência da unidade. Sabe-se que a gestão de pessoas e de recursos materiais, assim como as questões políticas, são aspectos gerenciais que fogem da governabilidade dos gerentes da UAI, mas que possuem forte impacto nas questões éticas, levando inclusive ao sofrimento moral dos trabalhadores.

A análise da continuidade do cuidado, à luz dos conceitos utilizados, quais sejam informacional ou gerencial, traz à tona aspectos que apontam para uma continuidade em construção e com inúmeras possibilidades de concretização e ao mesmo tempo com vários pontos de fragilidade.

A principal estratégia para o alcance da continuidade identificada neste estudo foi o Programa de Internação Domiciliar, que se mostrou concretizado no cotidiano do serviço. Nesse sentido, acredita-se que a continuidade do cuidado será alcançada quando as políticas e práticas estiverem voltadas às necessidades de saúde dos usuários. As intervenções em saúde requerem que a singularidade dos indivíduos sejam respeitadas.

Apesar das várias fragilidades apresentadas, conseguiu-se visualizar a continuidade do cuidado de forma discreta, às vezes incipiente, mas acredita-se que o campo estudado é fértil para o desenvolvimento de ações estratégicas que permitiriam uma melhoria da continuidade do cuidado e da qualidade assistencial.

A conjuntura macroestutural atual é determinante das práticas profissionais, mas essa realidade não pode ser vista como justificativa para a não tomada de decisões, mudanças de atitudes, de posturas e de comportamento.

Considerando que esta pesquisa compreende um estudo descritivo de apenas uma UAI, não há a intenção de se fazerem generalizações. Entendendo que não se esgotou a discussão sobre essa temática, sugere-se a realização de outros estudos para que outras respostas ou outras inquietações sejam alcançadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABREU, L. de O. *et al.* O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p.203-207, Mar. 2005.

ALMEIDA, P. F. de. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de interação entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, Fev. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARLEM, E. L. D. *et al.* Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 681-688, Dez. 2012.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. S1, p. 1779-1790, 2007.

BETIM. **Programa de Internação Domiciliar de Betim vira referência nacional**. Portal da Prefeitura de Betim, 10 de novembro de 2011. Betim, 2011. Disponível em: <<http://www.betim.mg.gov.br/noticias/40868%3b56958%3b06%3b5086%3b57297.asp>>. Acesso em 21 nov. 2012.

BETIM. **Falando de Betim**. Betim, 2012a. Disponível em: <www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/falando_de_betim>. Acesso em 20 jul. 2012.

BETIM. Secretaria de Saúde de Betim. Atenção à Saúde. **Atenção e Internação Domiciliar**. Portal da Prefeitura de Betim. Betim, 2012b. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/diretoria_operacional/atencao_internacao_domiciliar/40660%3b56473%3b0724340218%3b0%3b0.asp>. Acesso em 20 jul. 2012.

BETIM. Secretaria de Saúde de Betim. **Hospital Público Regional de Betim Osvaldo Rezende Franco**, 2012c. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/secretarias/saude/assistencia_hospitalar/hospital_regional/40619%3B39705%3B0724340506%3B0%3B0.asp>. Acesso em 20 jul. 2012.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da Pesquisa**: Monografia, dissertação e tese. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 160 p.

BONFADA, Diego *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 555-560, Jan. 2012.

BRAGA, P.P; SENA, R.R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 975-980, Jun. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.> Acesso em: 02 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 25 mai.2011.

BRASIL. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: enfermagem: núcleo contextual: educação, sociedade, cultura**. 2. ed. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde**. – 3. ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 66 p. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>> Acesso em: 16 jun.2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. – Brasília: CONASS, 2006a. 164 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução Diretoria Colegiada RDC 11**, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Assistência Domiciliar. Brasília, 2006b. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-domiciliar/ANVISA11.pdf. Acesso em 11 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 20 out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.600**, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108708-1600.html>. Acesso em: 20 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.527**, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.648**, de 07 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2011d. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110386-2648.html>. Acesso em 20 jan. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfretamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011e. 160p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6720&codModuloArea=896&chamada=publicacoes>. Acesso em 16 ago. 2012. ISBN 978-85-334-1841-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar. Caderno de Atenção Domiciliar**. v.1. Brasília-DF. Abr. 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP1.pdf. Acesso em 21 nov. 2012.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1439-1454, Jul. 2009.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. de A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 97-103. Jan. 2012.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 126p.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CECCIM R. B.; FERLA A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A., (organizadores). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ; Abrasco; 2006. p. 165-84.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, Jul. 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, Abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº423**, de 11 de abril de 2012. Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a Participação do Enfermeiro na Atividade de Classificação de Riscos. Brasília, 2012a.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº429**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem. Brasília, 2012b.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.821**, de 23 de novembro de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, 2007.

COSTA, C.G.A.C. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da engenharia de software**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica). Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. S1, p. 1.029-1.042, 2011.

DELVA, D.; KERR, J.; SCHULTZ, K. Continuity of Care: differing conceptions and values. **Canadian Family Physician**. v. 57, p. 915-921, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/57/8/915.short>. Acesso em 07 abr. 2012.

DIAS, M. P. **Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte**. 2012. 205 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

DUTRA, J. de S. **Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2011. 210 p.

FARUP, G. P. *et al.* What causes treatment failure - the patient, primary care, secondary care or inadequate interaction in the health services? **BMC Health Services Research**, v. 11, n. 111, 2011, Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472>>. Acesso em: 20 mai. 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, Set. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 3, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>. Acesso em: 17 out. 2012.

FINKELSZTEJN, A. *et al.* Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

FLEURY, S; OUVENEY, A.M. **Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007. 204 p.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. **Ciência e Cuidado em Saúde**. Vale do Itajaí, v. 7, n. 1, p. 65-72, Jan. 2008.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). Campinas, Jul. 1999. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>. Acesso em 04 dez. 2012.

GARLET *et al.* Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino Americana Enfermagem** online, v. 17, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_16.pdf> Acesso em: 04 set. 2012.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA L., MENDONÇA M.H.M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA L., ESCOREL S., LOBATO L.V.C., NORONHA J.C., CARVALHO A.L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.575-625.

HAGGERTY, J. L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, v. 327, n. 22, Nov. 2003. Disponível em: < <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219>>. Acesso em 02 abr. 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública** [online], v. 20, n. S2, p. 331-336, 2004. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>> Acesso em: 17 mar. 2012.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. **Divulgação em Saúde para o Debate**, v. 41, p. 36-46, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil**. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 256 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades. **Censo demográfico**, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso 20 jul. 2012.

ITTU-IONESCU, R. *et al.* Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. **CMAJ**. v. 177, n. 11, p.1362-1368, nov. 2007. Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/177/11/1362.short>. Acesso em: 19 out. 2012.

JAMETON A. **Nursing practice: the ethical issues**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984 *apud* BARLEM, Edison Luiz Devos *et al.* Vivência do sofrimento moral na enfermagem: percepção da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.681-8, Dez. 2012.

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. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, Dez. 1999.

JUNQUILHO, Gelson Silva. Ação gerencial “cabloca” no serviço público face às provocações de mudanças do papel do estado no Brasil: o caso do Espírito Santo. In: BIANCO, Mônica de Fátima; JUNQUILHO, Gelson Silva; WAIANDT, Claudiani. **Tecnologias de gestão: por uma abordagem multidisciplinar**. Vitória: Flor e Cultura, 2004. 194p.

KANTORSKI, L.P *et al.* A Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. **Texto & Contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 434-441, Jul. 2006.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.485-493, Mar. 2008.

LABBADIA, L. L.; ADAMI, N. P. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n.1. p. 55-62, Jan. 2004.

LACERDA, Maria Ribeiro *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, Ago. 2006.

LOVALHO, A. de F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. **O Mundo da Saúde**. v. 28, n. 02, p. 160-171, 2004.

LÜDKE M.; ANDRÉ M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EDU, 1986.

LUNARDI, V. L. Sofrimento moral e a dimensão ética no trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 599-603, Jul. 2009.

MACHADO, A. R. Betim, 2012. Entrevista realizada ao gerente da UAI concedida a Letícia Fernanda Cota Freitas.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Interface: comunicação, saúde, educação Online**, Botucatu, v. 14, n. 34, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=1414>. Acesso em: 17 out. 2012. ISSN 1414-3283.

MARINHO, C. C. C. *et al.* O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (Vi)vendo o tecer dos fios. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 35, n.3, p.619-633, Jul. 2011.

MARQUES, G.; LIMA, M. A. D. da S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, Mar. 2008.

MARQUES, A. J. S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 42 p.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 477 p.

MARTELLI, D. R. B. *et al.* Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a08.pdf>. Acesso em 11 nov. 2012.

MATHEUS, M.C.C. **Pesquisa qualitativa em Enfermagem**. São Paulo: Livraria Médica: Paulista, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R., MATTOS R. A., organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001, p. 39–64.

MC-CUSKER, J. *et al.* Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. **CMAJ**, v. 184, n. 6, Abr. 2012. Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307.short>. Acesso em: 06 out. 2012.

MELO E.M.C.; ASSUNÇÃO A.A.; FERREIRA R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3.000-3.010, Dez. 2007.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 847 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.297-2.305, Ago. 2010.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, mar, 2003. Documento da Internet. Disponível em: <www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>. Acesso em 05 mai. 2011.

MESQUITA, S. R. A. M. *et al* . Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva online**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500014>. Acesso em: 24 nov. 2011. ISSN 1413-8123.

OLIVEIRA, M. B. *et al*. Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 145-148, Abr. 2010.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-02008000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 nov. 2012. ISSN 0034-8910.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud “**Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**” Washington, D.C.: OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4) ISBN: 978-92-75-33116-3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Departamento de Prevenção de Doenças Não transmissíveis. Promoção de Saúde. **Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas**. 2001 Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/destaque/Madri.doc>> Acesso em 18 jan. 2012.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

PASTOR-SÁNCHEZ *et al.* Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v.71, n.5, Sept. 1997. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500006. Acesso em: 24 out. 2011.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n.3, p. 121-131, Ago. 2011.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. Sistemas de Informação em Saúde. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 63-70.

PORTAL, K. M.; MAGALHÃES, A. M. M. de. Passagem de plantão: um recurso estratégico para a continuidade do cuidado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 246-253, Jun. 2008.

PRADO, S. R. L. de A.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília, v. 59, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a13v59n1.pdf>>. Acesso em 11 dez. 2012. ISSN 0034-7167.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. Internação Domiciliar de Betim é referência para o Brasil. **Órgão Oficial-Município de Betim**. Secretaria Municipal de Comunicação. Divisão de Imprensa Oficial, 2011. Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/diario04082011%3b0742%3b20110804.pdf>. Acesso em 21 nov. 2012.

PUCCINI, P.T. CORNETTA, V.K. Ocorrências em pronto socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2.032-2.042, Set. 2008.

RODRÍGUEZ, J.P. *et al.* Filtro sanitário em La urgências médicas: um problema a reajustar. **Revista Cubana de Medicina**, Havana, v. 40, n. 3, p. 181-188, Jul. 2001. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232001000300005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 08 out. 2011.

ROLAND, M. *et al.* Follow up of people aged 65 and over with a history of emergency admissions: analysis of routine admission data. **BMJ**. v. 330, n. 5, p. 289-292, Fev. 2005. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/330/7486/289>. Acesso em: 06 out. 2012.

SARTI, T. D.; ANDERSON, M. I. P.; MARTO, R. H. Registros clínicos e atenção primária: reflexões frente à abordagem biopsicosocial. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.11, n.4, p. 413-420, Out. 2008.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity care. **Annals of Family Medicine**, Oregon, vol. 1, n.3, Set. 2003. Disponível em: <http://annfammed.org/content/1/3/134.short>. Acesso em: 02 abr. 2012.

SAULTZ, J. W.; LOCHMER, J. Interpersonal continuity of care and outcomes: a critical review. **Annals of Family Medicine**, Oregon, vol. 3, n. 2, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.annfammed.org/content/3/2/159.short>. Acesso em: 02 abr. 2012.

SENA, R. R. *et al.* O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n.4, p. 544-554, Out. 2000.

SENA, R. R. *et al.* O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 124-132, Mai. 2006.

SERRA, C. G. RODRIQUES, P. H. A. Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. S3, p. 3.579-3.586, Nov. 2010.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 391-397, Jun. 2005.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, Fev. 2010.

SILVA, R. V. G. de O. S.; RAMOS, F. R. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [on line], Porto Alegre, v. 32, n. 02, p. 309-315, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1983-4472011000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 30 jul. 2012. ISSN 1983-1447.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2.753-2.762, Jun. 2011.

SOUSA, P. A. F.; FRADE, M. H. L. B. C.; MENDONÇA, D. M. de M. V. de. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. **Acta Paulista enfermagem**, São Paulo, v.18, n. 4, p.368-381 Out. 2005.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. Toward international primary care reform. **CMAJ**, v. 180, n. 11, 2009. Disponível em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/E79.pdf>. Acesso em 02 ago. 2012.

STARFIELD, B. Commentary on Regular Primary Care Lowers Hospitalisation Risk and Mortality in Seniors with Chronic Respiratory Disease. **Journal of General Internal Medicine**, v. 25, n. 08, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896584/>>. Acesso em 02 ago. 2012.

STARFIELD, B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? **The Permanente Journal**, v. 15, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.thepermanentejournal.org/issues/2011/spring/735-patient-centered-care.html>. Acesso em 02 ago. 2012.

TARRANT, C. *et al.* Continuity and Trust in Primary Care: A Qualitative Study Informed by Game Theory. **Annals of Family Medicine**. v. 8, n. 5, Set. 2010. Disponível em: <http://annfammed.org/content/8/5/440.short>. Acesso em: 07 abr. 2012.

TEIXEIRA C. F.; PAIM J. S. Planejamento e Programação de Ações Intersectoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILLASBOA A.L. **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 59-78.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais; a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Set. 2005.

VALERA, R. B.; TURRINI, R. N. T. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. **Ciência e Enfermeria**, Concepcion, v.14, n. 2, p. 87-95, 2008.

VARGAS *et al.* O acesso aos serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe entre municípios. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 821-828, 2011.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 24, n. S1, p. 173-182. 2008.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786. 2011.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VON RANDOW, R. M. *et al.* Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: RENE**, Fortaleza, v.12, n. especial temático, p. 904-912, 2011.

WAGNER, E.H. Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**. Philadelphia, v. 1, p. 2-4, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Genebra, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Electronic health records: manual for developing countries**. Genebra: World Health Organization, 2006. 78 p. Disponível em: <<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/5753F8CF-8A78-4639-BEFC-F0EE9B3CBA0A/0/EHRmanual.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2012.

WORRAL, G.; KNIGHT, J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization. **Canadian Family Physician**, v.57, n.1 p.16-20, Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/57/1/e16.short>>. Acesso em: 26 jun. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Gerentes.

Roteiro de Entrevista: Gerentes

Dados da entrevista:

Questionário número: _____ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Identificação dos participantes:

Sexo: M ____ F ____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Identificação profissional dos participantes:

Categoria profissional: _____

Tempo de formado: _____

Tempo de trabalho na UAI: _____

Possui alguma especialização: _____ Qual? _____

Possui qualificação específica na área gerencial? _____

Se sim, especifique: _____

Trabalha em outros serviços de saúde? _____ Público ou privado? _____

Carga horária nos outros serviços: _____

Carga horária na UAI: _____

urno de trabalho na UAI: _____

• **Roteiro Semiestruturado:**

1. Fale sobre os principais motivos que levam os usuários a buscarem este serviço.
2. Você tem conhecimento sobre os problemas de saúde dos usuários da UAI?
3. Você considera que os conhecimentos que tem a respeito das condições de saúde dos usuários são suficiente para o planejamento de uma assistência de qualidade?
4. Fale sobre as atividades que você realiza aqui na UAI.
5. Quais são as principais fontes de informação que você utiliza em suas decisões clínicas-terapêuticas-gerenciais;
6. Fale sobre a UAI no contexto da Rede de Atenção à Saúde.
7. Fale sobre o atendimento ao usuário nos diversos pontos de atenção no Sistema de Saúde.
8. O que você entende sobre continuidade do cuidado.
9. Quais são as principais fragilidades identificadas na Rede de Atenção e na continuidade do cuidado?

10. Mencione algumas iniciativas dos profissionais, que no seu entendimento, aproximam o usuário dos serviços e contribuem para a melhoria da assistência.
11. Fale sobre os encaminhamentos dos usuários para outros serviços?
12. A que você atribui a superlotação dos serviços de urgência?
13. Fale sobre o gerenciamento do cuidado aos indivíduos portadores de doenças crônicas nessa unidade e no sistema de saúde.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista: Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos.

Roteiro de Entrevista: Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos.

Dados da Entrevista:

Entrevista número: _____ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Identificação dos entrevistados:

Sexo: M ___ F ___

Idade: _____

Estado Civil: _____

Identificação profissional dos entrevistados:

Categoria profissional: _____

Tempo de formado: _____

Instituição que se graduou: _____

Tempo de trabalho na UAI: _____

Possui alguma especialização: _____ Qual? _____

Trabalha em outros serviços de saúde? _____ Público ou privado? _____

Carga horária nos outros serviços: _____

Carga horária na UAI: _____

Turno de trabalho na UAI: _____

Roteiro Semiestruturado:

1. Fale sobre os principais motivos que levam os usuários a buscarem este serviço.
2. Você tem conhecimento sobre os problemas de saúde dos usuários da UAI?
3. Você considera que os conhecimentos que tem a respeito das condições de saúde dos usuários são suficiente para uma assistência de qualidade?
4. Fale sobre as atividades que você realiza aqui na UAI.
5. Quais são as dificuldades que você vivencia no desempenho de sua função;
6. Quais são os pontos negativos que você vivencia no desempenho de sua função;
7. Quais são as principais fontes de informação que você utiliza em suas decisões clínicas-terapêuticas-gerenciais;
8. Fale sobre a equipe que trabalha com você.
9. Fale sobre a UAI no contexto da Rede de Atenção à Saúde.
10. Fale sobre o atendimento ao usuário nos diversos pontos de atenção no Sistema de Saúde.
11. O que você entende sobre continuidade do cuidado.

12. Quais são as principais fragilidades identificadas na Rede de Atenção para o alcance da continuidade do cuidado?
13. Como acontece a transferência de informação sobre os usuários entre os profissionais nessa unidade? E entre os outros serviços?
14. Vocês utilizam informações prévias sobre os usuários?
15. Vocês utilizam as informações prévias e atuais para planejar ações futuras?
16. Fale sobre os encaminhamentos dos usuários para outros serviços?
17. Vocês acreditam que os documentos elaborados por vocês a respeito dos usuários serão utilizados e buscados posteriormente por outros profissionais?
18. Quais são os aspectos contidos nos prontuários dos usuários, tanto dessa unidade, quanto de outras unidades?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Usuários.**Roteiro de Entrevista: Usuários****Dados da entrevista:**

Questionário número: _____ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Identificação dos participantes:

Sexo: M ___ F ___

Idade: _____

Estado Civil: _____

Bairro em que reside: _____

Escolaridade: _____

Doença (s) crônica: _____

Dependente para as atividades de vida diária: () sim () não

Possui cuidador: _____

Roteiro Semiestruturado:

1. Qual foi o motivo que o levou a procurar este serviço?
2. Qual foi o caminho que você percorreu nos serviços de saúde até chegar até aqui?
3. Você considera ter feito a escolha certa por ter procurado este serviço de saúde?
4. Você está satisfeito com o atendimento aqui no serviço?
5. Você tem outra opção de serviço de saúde (por exemplo, convenio)?
6. Você gostaria de ser atendido em outro serviço? Por quê?
7. Fale sobre a doença que o levou a ser assistido neste serviço.
8. Fale sobre o atendimento neste serviço.
9. Quem são os profissionais que o atendem neste serviço?
10. Fale sobre o atendimento prestado pelos profissionais.
11. Você considera que os profissionais realizam um trabalho em equipe?
12. Fale sobre os serviços de saúde do SUS.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Gerentes e Profissionais.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GERENTES E PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA NA PERSPECTIVA DE GERENTES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO.”**

Neste estudo pretendemos compreender a continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde na perspectiva de gestores, profissionais e usuários.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta riscos mínimos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901

Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisador(a) Responsável: Profª Drª Maria José Menezes Brito Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br

Pesquisador(a)/Colaboradora Responsável: Letícia Fernanda Cota Freitas. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG, 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: cotaleticia@gmail.com

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - USUÁRIOS

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“CONTINUIDADE DO CUIDADO AO PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA NA PERSPECTIVA DE GERENTES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO IMEDIATO.”**

Neste estudo pretendemos compreender como aconteceram os encaminhamentos entre os serviços de saúde.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento (autorização) ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. Os benefícios da pesquisa virão da melhor compreensão sobre alguns processos que acontecem do sistema de saúde em relação aos encaminhamentos entre os serviços de saúde.

O pesquisador irá tratá-lo profissionalmente e com sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados provenientes desse estudo serão utilizados apenas para fins de pesquisa, ficarão arquivados com o pesquisador responsável e serão utilizados apenas para fins de construção de conhecimento. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901.

Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisador(a) Responsável: Profª Drª Maria José Menezes Brito Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br

Pesquisador(a)/Colaboradora Responsável: Letícia Fernanda Cota Freitas. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG, 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: cotaleticia@gmail.com

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0057.0.410.203-10

Interessado(a): **Profa. Maria José Menezes Brito**
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de fevereiro de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**As Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde: perspectivas de gestores, profissionais e usuários**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Termo de Concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Betim



Betim, 13 de julho de 2012.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Em resposta à solicitação de aprovação para realização de pesquisa pela pesquisadora Leticia Fernanda Cota Freitas, responsável pelo projeto: “**Continuidade do Cuidado na Perspectiva de Gestores, Trabalhadores e Usuários de Uma Unidade de Pronto Atendimento/Unidade de Atendimento Imediato**”, com o objetivo de compreender a continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde na perspectiva de gestores, profissionais e usuários, consideramos que:

1- O projeto pesquisa apresentado é coerente e apresenta método adequado;

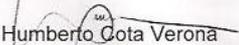
2- O fomento à pesquisa e ao desenvolvimento técnico e científico faz parte das diretrizes da Educação na Saúde do SUS/Betim;

Autorizamos que este trabalho seja executado no âmbito do SUS Betim, conforme projeto enviado à SMS de Betim.

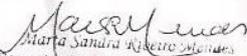
Ponderamos que a participação da solicitante pode ser contemplada desde que, enquanto autora, deverá deixar explícito em toda e qualquer publicação feita a partir desta pesquisa a participação do SUS/Betim e envie a Diretoria de Educação em Saúde o relatório final da mesma.

À disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


 Humberto Gota Verona
 Diretoria de Educação na Saúde
 SMS – SUS/Betim

Pedro de Oliveira Pinto
 Secretário Municipal de Saúde
 Gestor do SUS Betim


 Maria Sônia Ribeiro Mendes
 Secretária Municipal Adjunta de Saúde
 Betim-MG

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais para inclusão de novo centro para pesquisa e realização de subprojeto



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0057.0.410.203-10

**Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP analisou e aprovou, no dia 03 de setembro de 2012, as alterações, abaixo relacionadas, no projeto de pesquisa intitulado **"As Unidades de Pronto Atendimento de Belo Horizonte e sua inserção na Rede de Atenção à Saúde: perspectivas de gestores, profissionais e usuários"**:

- inclusão de novo centro: Secretaria Municipal de Saúde de Betim;
- realização do subprojeto: **"Continuidade do cuidado na perspectiva de gestores, trabalhadores e usuários de uma Unidade de Atendimento Imediato"**.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**