

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA SAÚDE DA CRIANÇA
NÚCLEO – SERVIÇO SOCIAL**

ALESSANDRA ANTONIO MARIA DOS SANTOS

**A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:**
Um caminho para o cuidado integral

PORTO ALEGRE
2019

ALESSANDRA ANTONIO MARIA DOS SANTOS

**A TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA
PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Um caminho para o cuidado integral**

Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como pré-requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Criança.

Orientador: Dr. André Luis da Silva

Coorientador: Dr. Luiz Fernando C. Alvarenga

PORTO ALEGRE
2019

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Alessandra Antonio Maria dos

A transição do cuidado de uma Unidade de Internação
Pediátrica para a Rede de Atenção à Saúde: Um caminho
para o cuidado integral / Alessandra Antonio Maria dos
Santos. -- 2019.

64 f.

Orientadora: André Luis da Silva.

Coorientadora: Luiz Fernando Calage Alvarenga.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Integralidade do cuidado em saúde. 2. Transição
do cuidado em saúde. 3. Rede de Atenção à Saúde. 4.
Unidade de Internação Pediátrica do HCPA. 5.
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. I.
Silva, André Luis da, orient. II. Alvarenga, Luiz
Fernando Calage, coorient. III. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais,
pelo amor que sempre me deram.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela força e determinação que me deste para que pudesse chegar até aqui.

Agradeço à minha mãe, Lusiane, pelo amor que me proporcionou durante este período, pela torcida e compreensão pelos momentos de ausência.

Agradeço ao meu pai, Alexandre, pelo carinho e incentivo para que eu alcançasse minhas metas de conquista.

Vocês são os incentivadores dos meus sonhos e minha fortaleza.

Muito obrigada, amo vocês!

O Direito das Crianças

Toda criança no mundo
Deve ser bem protegida
Contra os rigores do tempo
Contra os rigores da vida.

Criança tem que ter nome
Criança tem que ter lar
Ter saúde e não ter fome
Ter segurança e estudar.

Não é questão de querer
Nem questão de concordar
Os direitos das crianças
Todos têm de respeitar.

Ruth Rocha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE	9
2.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	14
2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	17
2.4 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HCPA	19
2.5 RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	22
3 OBJETIVOS	26
3.1 GERAL	26
3.2 ESPECÍFICOS	26
4 METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.3.1 Critérios de Inclusão	29
4.3.2 Critérios de Exclusão	30
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	30
4.5 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 CUIDADO EM SAÚDE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS RESIDENTES EM SAÚDE	33
5.2 TRABALHO EM SAÚDE: A PRÁTICA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A - FORMULÁRIO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS RESIDENTES EM SAÚDE	60
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	63

1 INTRODUÇÃO

A saúde conforme conceituado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1948, é compreendida em seu sentido ampliado, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2009, p. 1). No contexto brasileiro, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde é reconhecida como um direito social, inserida no “tripé” da Seguridade Social, da qual assegura também os direitos relacionados à previdência e à assistência social. Desde então, entende-se que a saúde é um direito fundamental de todo o cidadão, tendo o Estado o dever de garantir o acesso à saúde de maneira universal, igualitária e integrada, por meio de políticas sociais e econômicas, visando a partir das ações e serviços a redução do risco de doenças e de outros agravos com base na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Com a Constituição Federal vigente foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990b, Art. 4º), onde as ações e serviços de saúde são executados, diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, através de uma rede regionalizada e hierarquizada em três níveis de complexidade crescentes, sendo elas: primária (baixa complexidade), secundária (média complexidade) e terciária (alta complexidade) (BRASIL, 1990b).

Na baixa complexidade encontram-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se realizam consultas médicas, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. Na média complexidade encontram-se as Clínicas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que atendem pacientes com quadro clínico agudo, dentro dos limites estruturais da unidade, com funcionamento de 24 horas (PORTARIA Nº 2048/2002). E na alta complexidade, encontram-se os hospitais com tecnologias de alto custo e atendimento especializado.

Nestas ações e serviços do SUS a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 estabelece que se deve obedecer aos princípios doutrinários, sendo estes a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990b). Tendo em vista o foco deste estudo, ser

relacionado a transição do cuidado, julgou-se necessário enfatizar o debate fundamentado no princípio da integralidade da assistência à saúde. Considerando que o sistema de saúde na sua efetivação funciona em um conjunto de redes de atenção à saúde que alicerçam o atendimento de forma indissociável entre as ações, em diferentes níveis de complexidade, a partir das necessidades específicas de cada indivíduo.

Portanto, pode-se dizer que a integralidade do cuidado significa enxergar os usuários do SUS de forma extensa, a partir de uma compreensão de totalidade, o que significa ter o entendimento amplo das particularidades de cada indivíduo. Sendo assim, esta intervenção, com base na integralidade do cuidado, requer uma atuação pautada na concepção ampliada de saúde e de trabalho interdisciplinar, entre diferentes núcleos profissionais, níveis de complexidade de atenção à saúde e demais serviços, com o intuito de possibilitar o cuidado em saúde.

Em relação ao cuidado em saúde, entende-se como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser. Considerar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as particularidades da condição de saúde de cada sujeito, respeitando as relações de etnia, gênero e raça. Além disso, incluir o usuário na participação ativa na decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2008).

Entre as ações necessárias para garantir que o cuidado em saúde, de forma integral, materializar a transição do cuidado torna-se primordial nesta conjuntura, visto a pretensão de contemplar o princípio da integralidade da assistência à medida que se entende que apenas um serviço de saúde não consegue dar conta de toda a diversidade de particularidades de cada indivíduo. Assim, é a partir desta transição do cuidado entre os diferentes serviços que se busca o caminho para a garantia de um cuidado integral.

Considerando a importância desses conceitos para a implementação do SUS e pretendendo conhecer de que forma se materializa a transição do cuidado, a partir da percepção dos profissionais residentes em saúde, do cotidiano de uma instituição de saúde terciária, para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), surgiu como proposta de pesquisa o desejo de analisar como ocorre essa transição do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a RAS, sendo este o objetivo geral da pesquisa.

Cabe ressaltar que a pesquisa intitulada “A transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a Rede de Atenção à Saúde: na percepção dos residentes multiprofissionais” foi realizada dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição reconhecida para atendimentos de níveis de alta complexidade na Política de Saúde. A pesquisa é fruto da inserção da residente em Serviço Social no Programa Saúde da Criança da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde que se constitui como uma modalidade de “ensino de pós-graduação *lato sensu*” (HCPA, 2019, p. 4).

Dentro deste cenário focalizamos na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) local que oferece atendimento integral às crianças e adolescentes com doenças agudas e crônicas, clínicas e cirúrgicas. Conta com profissionais de diversas especialidades em forma de equipes multiprofissionais (HCPA, 2019). O objetivo deste trabalho vem ao encontro do que se preconiza como um dos princípios do SUS: a integralidade da assistência, considerando este princípio primordial para a continuidade do cuidado desses indivíduos, dos quais por diversas vezes a condição de saúde/doença não termina dentro do atendimento na alta complexidade, mas exige uma articulação com a rede de atendimento.

Portanto, este estudo justifica-se por sua relevância dentro do Programa da Saúde da Criança, pois traz como proposta a reflexão de se pensar a importância de um trabalho multiprofissional que permita uma articulação com os demais serviços da rede intrasetorial¹ e intersetorial², visando a transição do cuidado e em decorrência a integralidade do cuidado às crianças e adolescentes no pós-alta hospitalar. Assim incitando um trabalho coletivo, pautado na perspectiva da integralidade, e fomentação de novas estratégias de trabalho, dentro do cenário de estudo, que visem a atenção integral às crianças e adolescentes.

Assim como, Weber (2018) afirma que efetivas transições geram repercussões positivas aos pacientes, como melhor manutenção e conhecimento do paciente e da família quanto aos cuidados, e em consequência aumento da adesão do projeto terapêutico singular, maior segurança do paciente, diminuição dos eventos adversos, bem como das taxas de reinternações e melhor qualidade de vida.

¹ Diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas (BRASIL, 2014a).

² Refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (BRASIL, 2014a).

Do mesmo modo, a pesquisadora percebeu ser um tema de extrema importância para o seu núcleo de categoria profissional, devido possibilitar a qualificação do trabalho em equipe, e na proposta de ampliar a proteção e garantia de direitos às crianças e adolescentes, no que se refere à saúde, entendendo que são sujeitos de prioridade absoluta e em especial condição de desenvolvimento.

Diante disto, o projeto teve como problema de pesquisa, o seguinte questionamento: Como se dá a transição do cuidado para a rede de atenção à saúde dos pacientes pediátricos da internação?

Esta indagação estendeu-se em três questões norteadoras: 1) Quais são as estratégias utilizadas para a transição do cuidado das crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde? 2) Quais são os limites e as possibilidades dos processos de transição do cuidado das crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediatria para a rede de atenção à saúde? 3) Quais são as percepções dos profissionais residentes em saúde referente a transição do cuidado para rede de atenção à saúde?

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste item serão apresentadas as categorias teóricas que embasaram a pesquisa, sendo estas: Integralidade do cuidado em saúde; Transição do cuidado em saúde; Rede de atenção à saúde; Unidade de Internação Pediátrica; Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

2.1 INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

A história da saúde no contexto brasileiro, traz que a partir do período da Nova República cada ato de melhoria na saúde pública era conquistado por meio dos movimentos sociais, traçando o caminho para a Reforma Sanitária com a perspectiva de reformulação do sistema de saúde. Na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi debatido as diretrizes da Reforma Sanitária visando o reconhecimento da saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado; a criação do SUS através da unificação dos serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

Social (INAMPS) e do Ministério da Saúde (MS); a universalidade do acesso; o reordenamento setorial; a descentralização; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos Conselhos de Saúde, como mecanismos de Gestão (AGUIAR, 2011).

Diante do cenário de redemocratização e reivindicações a população foi convocada a participar da construção da nova Carta Constitucional na Assembleia Nacional Constituinte de 1987. Com a promulgação da Carta Magna foi aprovado o SUS, que incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária apresentada por emenda popular (AGUIAR, 2011). Esta repercussão apresentou marcos vitoriosos no contexto brasileiro em relação aos direitos garantidos por lei, dentre estes o reconhecimento da saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, Art. 196).

O SUS foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde 8.080, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990b). Além disso, definiu os princípios doutrinários: a universalidade; equidade e integralidade e os princípios organizacionais: descentralização, regionalização e hierarquização (BRASIL, 1990b), reafirmando o preconizado na Constituição Vigente que reconhece “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b, Art. 2).

Consideramos primordial trazer de forma breve o conceito de cada princípio doutrinário a fim de esclarecer suas diferenças. O princípio da universalidade remete-se “ao acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990b, Art. 7, I), sendo garantida a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. A equidade refere-se a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990b, Art. 7, IV), assim considerando que todas as pessoas possuem os mesmos direitos e pela compreensão de que cada pessoa é singular, portanto, as suas necessidades são distintas. Já a integralidade a lei a define como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990b, Art. 7, II). Este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, assim pressupondo que para tal

necessita da articulação entre os serviços da política de saúde, com o intuito de assegurar uma atuação intrasetorial, visando uma repercussão positiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Ressaltamos que pela temática a ser abordada nesta pesquisa versar sobre a transição do cuidado que é intrínseca a integralidade, daremos maior ênfase ao conceito deste princípio doutrinário. Conforme já mencionado aqui, a integralidade é conhecida como um princípio do SUS e como uma das diretrizes colocada na Constituição Federal descrita na forma de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988, Art. 198, II), mas usa-se o termo integralidade a fim de designar essa diretriz. No entanto, Mattos (2009, p. 45) enfatiza que a integralidade não se resume apenas a uma diretriz definida constitucionalmente. Mas determina que:

Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem-objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2009, p. 45).

Esta imagem-objetivo traz a concepção daquilo que desejamos alcançar como real, apontando críticas ao que está exposto atualmente. Desta forma “tenta indicar a direção que queremos imprimir à transformação da realidade” (MATTOS, 2009, p.45), mas a imagem-objetivo não é detalhada a ponto de esclarecer como será o fruto deste objetivo, pelo contrário essa direção é indicada a partir de argumentos gerais. Sendo assim, “toda imagem-objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos” (MATTOS, 2009, p. 46).

A fim de clarificar as diferentes perspectivas de integralidade, por ser um termo polissêmico, que criaram a imagem-objetivo para esta bandeira de luta refletiremos sobre três sentidos do princípio de integralidade evidenciado por Mattos.

O primeiro sentido da integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral. A mesma criticava o fato de os médicos manterem diante de seus pacientes uma postura fragmentada. Estes profissionais eram inseridos “num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos” (MATTOS, 2009, p.49) o que induzia a um olhar reducionista e fragmentado, focado exclusivamente na

dimensão biológica. A medicina integral criticava que tais atitudes eram produzidas a partir das escolas médicas, através de currículo que favorecia o laboratório e o hospital como espaço privilegiado de aprendizagem (MATTOS, 2009).

Portanto, para a medicina integral, integralidade estava relacionada a uma atitude médica. Esta atitude pretendida teria que ser caracterizada “pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa desse paciente” (MATTOS, 2009, p.50). Este conhecimento deveria ser determinado nas escolas médicas. Associava-se então, a boa medicina, em outras palavras, a boa prática médica (MATTOS, 2009).

O segundo sentido refere-se à integralidade como modo de organização dos serviços e das práticas à saúde. Este sentido criticava a dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Sendo assim, a noção de integralidade exigia uma horizontalização dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde. Outro aspecto deste sentido referia-se que não era admissível que os serviços estivessem apenas preparados para responder às doenças da população, mas deveriam estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendiam. Portanto, aqui a integralidade surge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que busca ampliar a compreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional (MATTOS, 2009).

Já o terceiro sentido problematizava configurações das políticas especiais, construídas voltadas apenas a um determinado grupo populacional que demandava uma questão de saúde específica. Este sentido buscava refletir a compreensão que se fazia do contexto de saúde que a população apresentava. Assim, enfatizava o necessário engajamento entre as ações preventivas e as ações assistenciais para a efetivação da integralidade (MATTOS, 2009). Como exposto, até o momento, compreende-se que existem vários sentidos de integralidade que dão interpretação para reafirmá-la como uma bandeira de luta.

Dando continuidade para contextualizar a efetivação da prática da integralidade na área da saúde, daremos ênfase neste estudo, fundamentados no entendimento desta como um direito garantido em legislação. Conforme Pinheiro (2008, p.257-258):

Na experiência a 'integralidade' ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas

práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema. A 'integralidade' das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo e realizado por indivíduos em defesa da vida.

Portanto, é no fazer profissional nos espaços de saúde que se efetiva a materialização da integralidade a partir de um trabalho coletivo onde exista um diálogo entre os atores envolvidos na prática, os quais estão implicados na oferta do cuidado. Outro aspecto relevante na prática do fazer profissional da área da saúde e as políticas públicas consiste na necessidade de terem a apreensão de que cada sujeito apresenta suas diligências desiguais, reforçando a importância de vários núcleos profissionais trabalharem em prol desta prática.

A partir disso, precisamos dar importância aos sujeitos como usuários do SUS, olhando-os como seres constituídos de totalidade, portanto inseridos em contextos diversos e em uma conjuntura dinâmica. Para tanto, a integralidade do cuidado é fundamental nas condições de saúde/doença, considerando que o indivíduo é um sujeito social e, ao ser embasado na construção humana distinta, necessita ser visto de forma singular, em suas particularidades.

Sendo assim, observamos que o público infantojuvenil, ao qual destinam-se as investigações desse projeto, faz parte de uma faixa etária populacional que requer especial cuidado por se tratar de sujeitos em desenvolvimento, os quais partindo deste pressuposto precisam de um olhar mais atento às suas peculiaridades e necessidades. Tais cuidados estão respaldados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 3º, onde esclarecem que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990a).

Além deste amparo legal, a fim de se efetivar a atenção integral ao público infantil, foi instituída, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com o objetivo de consolidar e ampliar conquistas como a redução da mortalidade infantil e materna e a queda da desnutrição, dando um enfoque maior a primeira infância.

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos com o intuito de “orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando

os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde” (BRASIL, 2015, Art. 6º). Dentre estes eixos, destacamos o sexto, ao relacionar com a atenção à saúde de crianças, conforme segue:

Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva; (BRASIL, 2015, Art. 6º, VI).

Esta política traz uma magnitude significativa em relação ao cuidado integral às crianças, enfatizando ser relevante um agrupamento de ações e estratégias para que se dê o cuidado integral. Em concordância com o exposto Pinheiro (2008, p. 259) refere que:

Para entendermos a 'integralidade' como meio para concretizar o direito à saúde é importante atentar para as três dimensões que a constituem: a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população.

Por fim, a integralidade se materializa com um conjunto articulado de ações que culminam no cuidado integral, compostas pela tríade supramencionada por Pinheiro (2008), ou seja, serviços, fazer profissional e políticas públicas, os quais respaldam a saúde enquanto um direito, tendo em conta a participação popular nos espaços decisórios e deliberativos.

2.2 TRANSIÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Neste item abordaremos a temática da transição do cuidado de pacientes internados na Unidade de Internação Pediátrica, especificamente, para a Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, a fim de elucidar sobre este assunto vamos, primeiramente, contextualizar o espaço da instituição hospitalar dentro desta rede de atenção à saúde.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição de saúde de alta complexidade, assim como outros hospitais seguem normas referentes à execução de serviços, pela Portaria nº 3.390/2013 que institui a Política Nacional de Atenção

Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS. Esta portaria define os hospitais como “instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas [...]” (BRASIL, 2013, Art. 3º).

Dentre as determinações estabelecidas, na referida portaria, consta que “Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS [...]” (BRASIL, 2013, Art. 4º, § 1º). Nesta perspectiva a RAS é considerada como uma “malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas estejam articulados e adequados de forma regulada para o atendimento ao usuário” (BRASIL, 2013, Art. 5º, XXII). Abordaremos, com maior ênfase, a RAS no item seguinte.

O hospital, como serviço de saúde que faz parte da RAS, tem como preceito, embasado na PNHOSP, a prática da alta responsável, entendida como transferência do cuidado. Esta transferência do cuidado é realizada por meio da orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular a Atenção Básica e implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013). Além disso, entre as diretrizes da PNHOSP, consta a “continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da RAS;” (BRASIL, 2013, Art. 6º, III).

Diante da temática exposta, rememoramos que no início desta pesquisa trouxemos a utilização do termo transferência para realização das entrevistas com os profissionais residentes em saúde, embasados por ser o modo utilizado na PNHOSP e o mais usual no campo onde se realizou a pesquisa. No entanto, ressaltamos que usaremos o termo transição do cuidado, tendo em vista os materiais de referencial teórico atualizados estar referindo esta nomenclatura, bem como compreendemos tratar de sinônimos na língua portuguesa.

Conforme Coleman e Boulton (2003, p.556), “a transição do cuidado refere-se a ações para assegurar a coordenação e a continuidade da assistência à saúde, na

transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou diferentes unidades de um mesmo local”. Neste sentido, compreende-se que a efetivação de ações que proporcionam a transição do cuidado possibilita aos usuários maior efetividade no acesso aos serviços de saúde, fator que também contribui para uma melhor adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde.

A transição do cuidado é um processo complexo que envolve pacientes, familiares, cuidadores e profissionais de saúde que prestaram atendimento e os que prestarão. Portanto, exige gerência e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades (WEBER et al., 2017). Neste contexto, a comunicação e a troca de conhecimentos, entre a equipe multiprofissional dentro do ambiente hospitalar com a rede de atenção à saúde do território do paciente é de suma importância para propor estratégias de transição do cuidado, conforme as necessidades e particularidades dos pacientes, adotando medidas mais resolutivas e de desburocratização do acesso aos serviços de saúde.

Observa-se que pacientes cujas condições clínicas demandam necessidades complexas de saúde requerem um cuidado contínuo. Para tal, se faz essencial o uso frequente de diferentes serviços, no entanto, os profissionais, por vezes, operam de forma independente, sem conhecimento das informações anteriores pertinentes a saúde destes pacientes. Quando a transição do cuidado é feita de forma inapropriada possibilita a fragmentação do cuidado e possíveis resultados clínicos ruins, insatisfação dos pacientes e uso inadequado de hospital (COLEMAN; BOULT, 2003).

Entretanto, processos de transição do cuidado feitos de maneira adequada tendem a melhorar a qualidade assistencial e ter impactos positivos na qualidade de vida dos pacientes, contribuindo para evitar internações sucessivas desnecessárias e redução de custos. Além disto, a transição do cuidado deve ocorrer durante toda a internação tendo em vista planejar uma alta hospitalar responsável, sendo que para isso torna-se necessário o planejamento, preparação e educação em saúde do paciente e da família, bem como a articulação entre os serviços para a continuidade do cuidado no território de origem do paciente com intuito de evitar a fragmentação dos cuidados após a alta hospitalar (WEBER et al., 2017).

2.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Retomando sobre o SUS, este teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde 8.080, em 1990, no artigo 7º, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Consta na lei, os princípios doutrinários que são: a universalidade, a integralidade e a equidade, e os princípios organizacionais sendo: a descentralização, a hierarquização e a regionalização (BRASIL, 1990b).

Dentre o princípio da descentralização político-administrativa o SUS se organiza em três esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. O princípio da hierarquização denota que os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, primária, secundária e terciária. Estão organizados pelos serviços que vão atender cada situação de acordo com o nível de complexidade, no nível primário o atendimento deve ser oferecido diretamente à população pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no nível secundário encontram-se nas Clínicas e Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e o nível terciário estão os hospitais. Para que exista uma articulação entre estes serviços é necessário um fluxo de referência e contra-referência, a fim de que haja a transição do cuidado. Quanto ao princípio da regionalização, este se refere à organização da área de abrangência de cada serviço de saúde, ou seja, cada serviço é responsável pelo atendimento em saúde de uma parte da população (BRASIL, 1990b).

Diante desta organização o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990b, Art. 4º). E poderá contar com a participação da iniciativa privada, em caráter complementar.

Em decorrência de uma decisão tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização da RAS, no âmbito do SUS, na qual a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Desta forma, tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção³ com o centro de comunicação e coordenação do cuidado, a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2010).

A Lei no 8.080/1990 que corresponde ao funcionamento dos serviços de saúde é regulamentada a partir do ano de 2011 pelo Decreto nº 7.508/11, do qual dispõem sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Neste decreto é estabelecido como RAS o “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, 2011, art. 2º, VI). Estes estarão localizados no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁴. Entendendo como Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, intitulado “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)” evidencia que a implantação da RAS, a partir do referencial da Portaria 4.279/2010, é realizada na forma de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado, sendo estas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014b). Além disso, descreve como principais características das RAS:

³ São entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Exemplos: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros (BRASIL, 2010).

⁴ As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011, Art. 14-A).

A formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014b, p. 9).

Logo, a construção destas redes temáticas visa proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado à sua saúde, que configuram as diversas linhas de cuidado, isto é, um conjunto de atos assistenciais pensados e articulados para resolver determinado problema de saúde do usuário (BRASIL, 2014b). Salientamos que este estudo não se propõe a discutir sobre a linha de cuidado, mas entende-se que essa metodologia é uma das partes essenciais para a efetivação da transição do cuidado.

Em conciliação com estas características fica evidente a necessidade de um diálogo articulado entre os níveis de complexidade, a fim de que as ações e os serviços de saúde possam intervir nas condições de saúde/doença da população de forma integral. No entanto, para que isso se concretize na rede de atenção à saúde, é imprescindível que cada complexidade de atendimento desempenhe um trabalho na perspectiva da integralidade, buscando estratégias para esta efetivação.

2.4 UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA DO HCPA

Este item tratará de apresentar o contexto da Unidade de Internação Pediátrica (UIP), no entanto, traremos uma breve explicação de quem são os pacientes internados neste espaço. Para tal, elucidaremos alguns aspectos legais referentes aos direitos assegurados à população a qual se destina a pesquisa, ou seja, as crianças e adolescentes. Então, primeiramente, vale ressaltar que de acordo com o ECA “considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (BRASIL, 1990^a, Art. 2º).

Os direitos assegurados em relação às crianças e adolescentes se concretizaram como proteção integral em 1988, quando no Brasil se promulgou na Constituição Federal no seu Art. 227 que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Este artigo expressa os direitos fundamentais que devem ser garantidos às crianças e adolescentes, considerando que cada direito respaldado neste artigo contempla o que se denomina como proteção integral. Para dar efetividade a estes direitos estabelecidos foi aprovado em 1990 o ECA pela Lei 8.069 que “dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente” (BRASIL, 1990a, Art. 1º), a qual contemplava os avanços da Constituição vigente, tendo em seu artigo 4º o entendimento de que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990a).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança em 1989 foi o norteador para a construção do ECA, no sentido de que proporcionou a compreensão de que as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e devem ser respeitadas por sua condição peculiar de desenvolvimento (BRASIL, 1990a). Quanto à saúde a Lei 8.069 no seu Art. 7º enfatiza que:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990a).

Este artigo colocou o público infantojuvenil como sendo de absoluta prioridade em suas necessidades de saúde, dando ênfase a sua especial condição de desenvolvimento. Perante isto, os espaços de saúde devem oferecer condições específicas, tanto de recursos materiais, quanto de humanos, que sejam adequadas para o atendimento direcionado a este segmento populacional.

Entre estes espaços de saúde encontra-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e instalado no 10º andar a Unidade de Internação Pediátrica. O referido espaço apresenta-se como um ambiente acolhedor aos pacientes e suas famílias e bastante

demandado pelas situações de saúde diversas, devido às inúmeras especialidades contempladas neste nosocômio. Devido a esta abrangência consegue-se realizar um trabalho multiprofissional, principalmente nos rounds, os quais acontecem diariamente, com a finalidade de discutir o projeto terapêutico singular de cada paciente.

A UIP é integrada pela equipe assistente a qual é composta por médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, profissionais de educação física, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos, além da participação de professores da rede estadual de ensino para as atividades escolares durante a internação hospitalar. Quando ocorre a identificação de outras demandas de saúde a equipe poderá acionar outras especialidades, dentre elas: Cirurgia, Dermatologia, Endocrinologia, Genética, Ginecologia, Imunologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Reumatologia (HCPA, 2019).

O HCPA por ser referência regional e nacional, atende um amplo conjunto de situações que envolvem o processo saúde/doença da população infantojuvenil, dos quais são: Desordens genéticas (Fibrose Cística, Osteogênese Imperfeita e outras doenças de investigação genética); Doenças clínicas (respiratórias, nutricionais); Doenças neurológicas (paralisia cerebral, epilepsias e outras síndromes); Problemas cirúrgicos (de ordem clínica, oncológica e neurológica); Tratamentos específicos (Transplante Hepático Infantil, envolvendo a relação receptor e doador); Dentre outros problemas de saúde que acometem as crianças/adolescentes (maus tratos, doenças psiquiátricas); Crianças com doenças crônicas e/ou dependentes de tecnologias para manutenção da vida (sondas nasoenterais, gastrostomias, traqueostomias, oxigenoterapias, ventilação mecânica) (HCPA, 2015).

Quanto à estrutura física desta unidade ela é dividida em duas zonas, a Norte e a Sul, compondo quartos com dois leitos, quatro leitos e seis leitos. Em cada zona, possui um posto de enfermagem, bem como nos quartos onde constam seis leitos. Nos leitos as crianças e adolescentes são acompanhados por um familiar, respeitando o preconizado no ECA que estabelece como direito da criança e do adolescente que os estabelecimentos de atendimento à saúde “deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990a, Art. 12).

Nesta unidade de internação é disponibilizada a sala de recreação para o uso dos pacientes pediátricos na companhia de seus responsáveis, conforme determinado na lei nº 11.104/2005 que “Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação” (BRASIL, 2005a). Também em parceria com a Unidade de Internação Pediátrica o HCPA possui a Casa de Apoio que dispõem de alojamento aos responsáveis, de sexo feminino, sendo familiares de municípios distantes e/ou outros Estados que necessitem utilizar o espaço para descanso, com a finalidade destes familiares conseguirem manter o acompanhando da criança ou adolescente durante a internação.

Outro aspecto relevante, observado na internação hospitalar, é que esse contexto gera nas relações familiares uma mudança de dinâmica de organização dos núcleos familiares, perante um novo quadro de doença, que por vezes exige maior atenção e cuidado, além de internações de longo período que ocasiona aos acompanhantes momentos de estresse, frustração, angústia e sofrimento pela situação compartilhada com o paciente internado. Estes aspectos requerem uma maior atenção da equipe, à conjuntura em que a família está inserida, a fim de compreender o contexto que vivencia neste momento de saúde/doença.

2.5 RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

A constituição federal de 1988 reconhecendo a saúde como um direito social garantido a todo o cidadão colocou como dever do Estado assegurar mediante políticas sociais e econômicas o atendimento às necessidades de saúde demandadas pela população (BRASIL, 1988). Este direito é efetivado através do SUS, regulamentado pela lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Além disto, no artigo 6º, desta lei, está incluída ainda no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990b).

A necessidade de construir mudanças no modelo de atenção à saúde, a partir de uma exigência social, prioritariamente pela população usuária do SUS, tornou-se propício para que o governo criasse estratégias para a implementação de políticas que tenham o intuito de uma nova organização dos serviços para dar conta das

necessidades da população, com tratamento humanizado e que promova a saúde (ROSA, LOPES, 2010). Sendo assim:

Dentre as políticas de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde foi, nessa perspectiva, apresentada como uma estratégia do Estado que objetiva uma formação específica, com vistas a instituir um arsenal de profissionais com perfil para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço (ROSA, LOPES, p. 491, 2010).

Portanto, a Residência Multiprofissional surge com o objetivo de trazer uma nova roupagem para a prática da intervenção em saúde, o que era basicamente centrado no saber médico. O que traz a história da Residência no Brasil mostra-nos que a primeira residência que surgiu em 1976 era especificamente de especialidade médica, na Atenção Básica como Residência em Medicina Comunitária, dois anos após tornando Residência Multiprofissional (ROSA, LOPES, 2010).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), dentre a formação de recursos humanos configura-se como uma formação de curso de especialização, na modalidade de ensino em serviço (ROSA, LOPES, 2010). A formação em serviço, segue as determinações da Constituição Federal Brasileira de 1988, no artigo 200, inciso III, onde consta que o sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

Esta foi regulamentada pela Lei 11.129/2005, no artigo 13, onde menciona que fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. É constituída como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. Caracteriza-se de regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (BRASIL, 2005b).

Para a concretização desta modalidade necessitou da cooperação entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação através da Portaria Interministerial 2.117/MEC/MS/2005 que institui a RMS, do Programa Nacional de Residência Profissional na Área de Saúde. Tendo como intuito formar profissionais especializados

para o trabalho na área de saúde e que estejam implicados em aprimorar seus conhecimentos frente às demandas apresentadas pela população, bem como que tenham o compromisso com os princípios e diretrizes do SUS. Dentre as características da RMS está em formar profissionais de acordo com as necessidades sociais e as características regionais (BRASIL, 2005c).

A Portaria Interministerial nº 1.077/2009, determina as diretrizes do funcionamento da RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde. Assim designa que possua a carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos. As profissões de abrangência são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009).

Cabe ressaltar que essa portaria estabelece dezessete eixos norteadores do projeto pedagógico, porém destacaremos apenas dois dos quais estão em conformidade com a proposta do projeto de pesquisa, mencionado neste trabalho, sendo estes:

[...] II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural; [...] XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (BRASIL, 2009, Art. 2º).

Desta maneira, a RMS é uma formação que alicerçada nos princípios e diretrizes do SUS propõe, um conhecimento ampliado de saúde e a integralidade das ações destinadas aos usuários do sistema de saúde.

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre a residência aderida é a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Diferentemente da Residência Multiprofissional em Saúde, ela não se destina apenas aos profissionais que possuem graduação considerada da área da saúde, mas abrange profissionais de outras áreas de atuação.

A RIMS é normatizada pela Portaria Estadual nº 16/1999 do Rio Grande do Sul, onde a refere ser constituída de:

[...] caráter multiprofissional e interdisciplinar, sob a forma de capacitação em serviço acompanhada por atividades didáticas complementares, orientação

técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (RIO GRANDE DO SUL, p. 180, 2000).

Portanto, sugere a interação de diversos conhecimentos pelos profissionais de formação acadêmica distinta que estejam inseridos nos programas de residência. A RIMS no HCPA teve início em 01 de fevereiro de 2010, seu objetivo geral é "Especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de modo interdisciplinar, a partir dos princípios do SUS e considerando as necessidades de saúde da população" (HCPA, 2019, p. 6). Atualmente contempla os Programas Multiprofissionais sendo estes: Adulto Crítico; Atenção Básica em Saúde; Atenção Cardiovascular; Atenção Integral ao Paciente Adulto Cirúrgico; Atenção Integral ao Usuário de Drogas; Atenção Materno Infantil; Controle de Infecção Hospitalar; Onco-Hematologia; Saúde da Criança e Saúde Mental. Nos Programas em Área Profissional da Saúde estão: Análises Clínicas; Enfermagem Obstétrica e Física Médica. As categorias profissionais que os programas abarcam são: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Física Médica.

Quanto à estrutura pedagógica as atividades teóricas estão organizadas em eixos: transversal, da área de concentração e/ou núcleo. O eixo transversal é destinado a todos os residentes e contempla os campos de conhecimento teórico integrando as profissões e suas relações com as dimensões históricas e políticas da sociedade, da convivência humana, do ambiente, da cultura e do trabalho em saúde. O eixo da área de concentração desenvolve conteúdos específicos do campo para os residentes que a integram. Os conteúdos teóricos do eixo de núcleo são aqueles relacionados ao conjunto de conhecimentos teórico-práticos específicos de determinada profissão e são desenvolvidos junto aos residentes de acordo com a categoria profissional a qual pertencem. Em relação à carga horária, que dará conta desta estrutura, está organizada em 1.152 horas de carga horária teórico-práticas e 4.608 horas de carga horária prática, totalizando 5.760 horas (HCPA, 2019).

Dentre os campos de atuação o Programa Saúde da Criança se apresenta como um importante espaço de conhecimento referente ao público infantojuvenil, deixando em evidência as peculiaridades deste segmento populacional, bem como contribui para a efetivação dos direitos a estes assegurados em legislação. Além disso, mostra-se um espaço oportuno para pensar a saúde em seu sentido amplo e,

em consequência disso propõe, a partir dos diversos conhecimentos em equipe multiprofissional, colocar em prática os princípios do SUS.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar como ocorre a transição do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a Rede de Atenção à Saúde na percepção de profissionais residentes em saúde.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as percepções dos profissionais residentes em saúde referente à transição do cuidado para Rede de Atenção à Saúde;
- Descrever as estratégias utilizadas para a transição do cuidado das crianças e adolescentes internadas na Unidade de Internação Pediatria para a Rede de Atenção à Saúde, a partir da percepção dos profissionais residentes em saúde;
- Identificar os limites e as possibilidades dos processos de transição do cuidado das crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediatria para a Rede de Atenção à Saúde, a partir da percepção dos profissionais residentes em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa de natureza qualitativa, pois ele pretende “compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes de um ambiente natural em relação ao contexto” (SAMPIERI et al., 2013, p. 376). Sendo assim, possibilita a identificação das experiências dos sujeitos envolvidos, através de suas vivências, visão e significados dentro de um contexto.

Dentro da metodologia qualitativa, a pesquisa teve como abordagem a dialética crítica, pois propõe analisar “os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais” (MINAYO, 2010, p. 24). Essa abordagem teve a finalidade de compreendermos as transformações sociais que ocorrem na sociedade, sendo este indissociável do momento histórico em que o homem está inserido.

Logo, alinhado ao pensamento crítico o cerne do estudo foi qualitativo considerando que esta forma de pesquisa é “de particular relevância ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas da vida” (FLICK, 2009, p. 20).

O tipo de pesquisa é um estudo de caso que se caracteriza como uma metodologia “que se volta à coleta de informações sobre um ou vários casos particularizados” (CHIZZOTTI, 1991 apud BARROS, LEHFELD, 2009, p. 84). Dessa forma, este estudo teve essa metodologia devido tratar-se da situação específica de uma unidade de internação em um determinado hospital universitário inserido na rede terciária de atenção à saúde. Ou seja, os dados obtidos somente dizem respeito àquela realidade e contexto singulares, sem nenhuma possibilidade de generalização.

Pretendemos, a partir desse estudo, ampliar os conhecimentos sobre a temática proposta, elucidando a relevância desta para a intervenção profissional na área da saúde.

4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de Fevereiro a Dezembro de 2019 com os profissionais residentes em saúde do Programa Saúde da Criança.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foram os profissionais residentes em saúde do Programa Saúde da Criança que participam das equipes multiprofissionais. Esta população é composta por 67 residentes, sendo: 28 da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do referido programa (R1 e R2) e 39 do Programa de Residência Médica em Pediatria (R1, R2 e R3).

Justifica-se a escolha dos sujeitos de pesquisa ao percebermos que no contexto da internação pediátrica os profissionais residentes expressam um quantitativo significativo, estando em um processo de formação em serviço o qual visa qualificar a assistência aos usuários dos SUS.

Verifica-se também que neste hospital há três diferentes programas de residência: o Programa de Residência Médica, Programa de Residência Multiprofissional e Programa de Residência em Área profissional da Saúde, sendo necessária maior aproximação destes programas, a fim de qualificar a formação em serviço e assistência aos pacientes.

Outro aspecto relevante para a escolha desta população refere-se à ênfase da Saúde da Criança ter o intuito de oportunizar a compreensão e o exercício dos princípios do SUS (universalidade, a integralidade e a equidade), em diferentes contextos sócio-culturais, envolvendo uma diversidade de problemas de saúde. Cujas complexidade das demandas encontradas aponta a interdisciplinaridade como uma alternativa eficiente de trabalho visando à assistência integral centrado na criança, no adolescente e na família a partir da interlocução com sua rede social e de cuidado.

Em prol disto, a RIMS tem como seu objetivo: Especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de modo interdisciplinar, a partir dos princípios do SUS e considerando as necessidades em saúde da população. Decorrendo disto, busca com que os profissionais residentes tenham o ensejo de aprofundar capacidades para analisar e propor ações visando à integralidade, a

equidade, a universalidade na atenção à saúde com participação social, assim como aperfeiçoar processos de trabalho que contemplem ações intersetoriais e a articulação com os diferentes níveis de atenção em saúde (HCPA, 2015).

Considerando os aspectos apresentados, dos quais estão no Projeto Pedagógico da RIMS (HCPA, 2015), a ênfase Saúde da Criança, em consonância, com a pesquisa desenvolvida está de acordo com a finalidade que é oferecida pela respectiva residência. A pesquisa, portanto possibilita aos profissionais residentes refletirem sobre o seu trabalho e desenvolverem novas estratégias, a fim de exercer a integralidade.

Cabe ressaltar que a temática a qual remete à transição do cuidado na perspectiva da atenção integral em saúde, não é particularidade de apenas uma categoria profissional e sim eixo transversal dos processos de trabalho coletivos em saúde.

Sendo assim, a amostra foi obtida dessa população, por conveniência, entendendo que no processo qualitativo a amostra “é um grupo de pessoas, eventos, acontecimentos, comunidades, etc., sobre o qual devemos coletar os dados, sem que necessariamente seja representativo do universo ou população que estudamos” (HERNÁNDEZ, 2013, p. 403).

Os integrantes da amostra são os profissionais residentes em saúde do Programa Saúde da Criança, que estiverem no segundo ano de residência (ingresso em 2018). Entre estes as categorias profissionais são: serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, profissionais de educação física e medicina. A amostra, portanto foi constituída de nove profissionais. A escolha desta amostra objetivou ser participantes que já estão habituados às situações que puderam necessitar da transição do cuidado e que tenham no mínimo um ano de vivência em equipes multiprofissionais, o que leva a maior qualidade e quantidade de dados no momento da realização da pesquisa.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Profissionais Residentes em Saúde do Programa Saúde da Criança vinculados a RIMS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; que tenham ingressado na residência no ano de 2018;
- Profissionais Residentes em Saúde que já tenham passado pelo itinerário da Unidade de Internação Pediátrica.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Profissionais Residentes em Saúde que estejam no 1º ano da residência 2019-1;
- Profissionais Residentes em Saúde em período de férias, estágio optativo, e/ou licença saúde.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

Nesta pesquisa qualitativa, a fim de aprofundar nos significados, a coleta das informações foi realizada a partir de entrevista semiestruturada orientadas por um formulário com perguntas abertas, que está disponível no Apêndice A, entendendo como uma fonte de dados. Para os registros, utilizou-se a gravação de áudio para poder transcrever na íntegra as falas dos residentes entrevistados. A partir dessas entrevistas e dos relatos dos sujeitos entrevistados, foram buscadas as informações necessárias para responder aos objetivos propostos pela pesquisa.

A entrevista tem como objetivo, segundo Minayo (2010, p. 64) “de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”. A organização da entrevista semiestruturada visa à possibilidade do entrevistado discursar sobre o tema da proposta do projeto sem se limitar à pergunta formulada (MINAYO, 2010).

4.5 ANÁLISE DE INFORMAÇÕES

A análise de informações foi realizada pelo método de análise de conteúdo, entendida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2010, p. 33). Portanto, esta análise busca compreender o que está por trás palavras referidas pelos entrevistados.

De acordo com Bardin (2010) a análise de conteúdo organiza-se em três fases cronológicas, sendo elas: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise consiste em ser a fase onde há a organização dos materiais. É neste momento que a pesquisadora tem o primeiro contato com as respostas das entrevistas e deve transcrevê-las. Para a realização desta fase foram necessários cinco momentos: a leitura flutuante que se refere ao contato com os documentos a fim de analisá-los e em conhecer o texto; a escolha dos documentos; a formulação das hipóteses e dos objetivos; e a preparação do material.

A segunda fase refere-se à exploração do material que é contemplada por codificação, a transformação dos dados do texto em unidades que permita atingir uma representação do conteúdo; decomposição ou enumeração, a escolha das regras de contagem.

Na terceira etapa, o tratamento dos resultados, é o instante que compreende a interpretação dos dados, momento do qual as informações foram destacadas para posterior análise (BARDIN, 2010).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e a Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos (CIOMS, 1993), contém particularidades éticas que devem ser respeitosamente cumpridas. Para isto, foi solicitado o consentimento dos sujeitos de pesquisa, onde constou a assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está disponível no Anexo A, preservando assim os valores fundamentais de Honestidade, Confiança, Justiça, Respeito e Responsabilidade visando manter a integridade de sua produção científica.

Além disto, todos os pesquisadores e colaboradores envolvidos na pesquisa comprometeram-se com a manutenção da privacidade e a confidencialidade dos dados e informações contidas nas entrevistas, sempre preservando o anonimato. Os participantes serão identificados por números, no trabalho escrito e na apresentação, com intuito de garantir a confidencialidade. No entanto, esclarecemos que, apesar do comprometimento dos pesquisadores e colaboradores a pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes. Não há benefício direto aos mesmos, mas trará como benefício à pesquisadora o acúmulo de conhecimento sobre as temáticas envolvidas com proposições para qualificar o trabalho no campo de atuação e posterior publicação do artigo, a fim de contribuir com os demais profissionais interessados pela temática.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e a coleta de informações foi realizada apenas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética. Ao finalizar a pesquisa nos comprometemos com a devolução dos resultados obtidos, através de apresentação pública, ao Programa Saúde da Criança e aos demais profissionais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Traremos a seguir os dados obtidos na presente pesquisa, advindos da realização das entrevistas semiestruturadas aos profissionais residentes em saúde. Realçamos que a pesquisa é de caráter qualitativo, portanto se aprofundará nos conceitos selecionados para responder aos objetivos deste estudo. As informações foram refletidas pelo método de análise de conteúdo, respeitando as três fases: a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2010).

A partir disso, emergiram como categorias centrais o *cuidado em saúde* e o *trabalho em saúde*. Portanto, são essas categorias que darão a base para as respostas dos objetivos da pesquisa. Utilizaremos trechos das falas para dar concretude aos resultados e às discussões.

5.1 CUIDADO EM SAÚDE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO: A COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS RESIDENTES EM SAÚDE

Iniciaremos este item com a temática *cuidado em saúde*, com a finalidade de exibir a percepção dos profissionais residentes em saúde, exemplificado a partir de trechos das entrevistas. Posteriormente, nos direcionamos para a percepção dos entrevistados quanto à transição do cuidado, a fim de oferecermos respostas a um dos objetivos da pesquisa, que trata de descrever as percepções dos profissionais residentes em saúde referentes a transição do cuidado para a rede de atenção à saúde. Salientamos que existirá essa relação de conteúdo entre o cuidado em saúde e a transição do cuidado, tendo em vista que são percepções inerentes. Para alicerçar essa argumentação, trazemos partes das falas que oferecerão subsídios ao longo do item.

Assim, passando aos resultados, diante do questionamento quanto a que se trata o cuidado em saúde, alguns entrevistados o conceituaram da seguinte forma:

A atenção que é dada ao paciente dentro das suas particularidades [...] o que ele necessita [...] em termos de saúde, seja ventilatório, seja com relação a alimentação, seja por questões sociais (E. 5).

Cuidado integral em saúde, porque o nosso trabalho não é isolado (E. 6).

Prestar um atendimento singular para cada paciente de forma que contemple a integralidade do sujeito (E. 7).

Ao analisarmos estas falas, vemos que existe uma conformidade com o conceito que Pinheiro (2008) traz, que entende o cuidado em saúde como uma ação integral com aspectos relacionados ao direito de ser, conforme foi descrito detalhadamente no referencial teórico deste trabalho. Desta maneira, há compreensão por parte destes profissionais da importância de identificar as necessidades particulares de cada sujeito, e desse modo, contemplar a assistência integral.

No entanto, o que é trazido por Pinheiro (2008) – que no cuidado em saúde também é necessária a participação ativa do usuário na decisão acerca da melhor tecnologia médica a ser por ele utilizada – não foi evidenciado nas entrevistas. Todavia, o paciente pediátrico difere do paciente adulto por não ter a capacidade de

decidir sobre as condutas que devem ser tomadas; sendo assim, a família possui papel fundamental, já que defende o melhor interesse da criança.

Diante disso, Gomes e Erdmann (2005) salientam que a reciprocidade no cuidado à criança, entre a equipe de saúde e a família, pode favorecer uma melhor identificação das necessidades da criança, possibilitando, assim, o planejamento de um cuidado mais integral e humano. Possibilita, ainda, um melhor relacionamento entre os cuidadores envolvidos, sendo estes os familiares e profissionais, o que pode reduzir o sofrimento da família com as condições de doença e a hospitalização. Desse modo, durante a internação hospitalar da criança, o seu cuidado deve ser compartilhado entre os profissionais de saúde e sua família.

No hospital, as famílias se fazem presentes, questionando, contribuindo e tornando-se agentes do processo de saúde/doença. Além disso, permitem que os profissionais de saúde identifiquem suas perspectivas, a realidade na qual estão inseridas, seus costumes, anseios e conhecimentos a respeito da doença e da saúde, contribuindo, dessa forma, para uma assistência mais efetiva à criança (GOMES; ERDMANN, 2005). Evidencia-se ainda que:

O cuidado pode ser aprendido, desaprendido, reaprendido e partilhado apesar de ser único, particular e singular. Tanto famílias como profissionais da saúde mostram-se como animadores do sistema de cuidados. Por isso, acreditamos que é fundamental que o cuidado se dê de forma compartilhada, estabelecendo confiança, segurança e sentimento de proteção (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 28).

Portanto, a família tem uma atribuição essencial no processo de cuidado, compreendendo também que no pós-alta hospitalar é a família ou responsável por esse paciente que deverá, na maioria das vezes, assumir o papel de cuidador principal. Sendo assim, o projeto terapêutico singular proposto ao paciente deve estar de acordo com as condições da família e ter coerência para esta, a fim de que a prática do cuidado seja de maneira íntegra.

Quanto ao paciente adolescente, há a possibilidade de que este compreenda o seu processo terapêutico. Relativo a isso, Soares e Camargo Jr. (2007) afirmam que, no contexto de doença, os pacientes precisam do cuidado dos outros, seja pelo conhecimento especializado que um profissional tem a compartilhar, seja pelo afeto e apoio emocional que tanto os profissionais quanto os amigos e familiares podem trazer. Entretanto, nesse cenário, o que se deve evitar é que essa relação se torne

uma relação de dependência, de sujeição daquele que, em um determinado momento de vida, está mais fragilizado e dependente do outro. Desse modo, na relação entre pacientes e profissionais de saúde, defender a autonomia dos pacientes é reconhecer que ambos os sujeitos devem ter espaço e voz no processo de saúde/doença.

Portanto, é imprescindível, quando o paciente tem condições de participar do processo de tomada de decisões, que ele possa fazer parte deste contexto, não apenas no papel de paciente, mas como ser de direito e que tem a função de se incluir nos seus próprios planos de cuidado.

Outro tópico trazido a partir das entrevistas relativo ao cuidado em saúde refere-se ao entendimento de saúde no seu sentido amplo, de “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e [que] não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WHO, 2009, p. 1). Essa concepção pode ser percebida nas seguintes falas:

Cuidado em saúde é tudo o que a pessoa precisa para ter a saúde em geral não só a ausência de doença, mas também o saneamento básico, ter acesso a alimentação, tudo que engloba (E. 1).

O cuidado em saúde é todo um trabalho multiprofissional envolvendo o bem-estar da criança não só a saúde clínica [...] mas como todo o bem-estar [...] (E. 4).

O cuidado em saúde, ele é muito amplo na verdade, ele envolve vários fatores, tendo em vista o conceito ampliado de saúde, onde a saúde não é mais visto como apenas como ausência de doenças e, sim, o meio em que o paciente está inserido, os determinantes sociais e condicionantes em saúde (E. 7).

Essa percepção de saúde possibilita pensar o usuário da saúde em sua totalidade, portanto, inserido em contextos diversos com condições de saúde distintas. Em decorrência desse entendimento, temos a possibilidade de vislumbrar os aspectos relevantes para o tratamento de saúde dentro do contexto de vida de cada usuário. Assim, leva-se em consideração as especificidades dos indivíduos, identificando os determinantes e condicionantes de saúde, entendidos como “[...] entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990b).

Para além disso, uma das entrevistadas salienta o cuidado em saúde como:

O cuidado em saúde é tudo o que envolve a condição do paciente, enfim tudo que abrange um cuidado decente, centrado e correto que o paciente precisa (E. 2).

Estudando esta fala, identificamos outro aspecto do cuidado em saúde: a ação integral consequente de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições. E isso se traduz em um tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Logo, inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Pinheiro (2008) ainda afirma que o cuidado em saúde faz parte da integralidade que deve transpor as práticas em saúde, além de competências e tarefas técnicas, abrindo espaço para a negociação e a inclusão do saber, dos desejos e das necessidades do outro.

O cuidado em saúde entendido, portanto, como ação integral que envolve pessoas e instituições, indica que deve existir uma articulação entre os profissionais e os serviços a fim de suscitar o cuidado integral ao usuário. Portanto, em consonância com isto, temos a transição do cuidado⁵, que se atribui às práticas para garantir a gerência e a continuidade da assistência à saúde dos usuários do sistema de saúde – sendo essa transição entre unidades do mesmo local ou serviços de diferentes complexidades de atendimento (COLEMAN; BOULT, 2003).

Dando continuidade à discussão, apresentaremos as percepções dos profissionais residentes em saúde no que se refere ao entendimento do que seja a transição do cuidado. Expomos abaixo como alguns entrevistados a definiram:

É tu estar passando os cuidados que está tendo com o paciente para a outra pessoa (E. 1).

Exatamente como a palavra, transferir o cuidado de algum órgão, de algum nível para outro. Transferência do cuidado ela significa olhar o paciente dentro de um contexto que contém vários serviços e transferir o cuidado para esses serviços, conforme as necessidades de cada paciente (E. 7).

Ao analisarmos essas falas, verificamos que ambas se referem à transição do cuidado como um processo que se articula aos demais serviços a partir dos profissionais envolvidos. Em conformidade com isso, Guerrero, Puls e Andrew (2014, p. 31) afirmam que:

⁵ Ressaltamos, conforme já descrito no referencial teórico, que optamos por utilizar o termo transição do cuidado, em vez de transferência do cuidado, por ser essa a nomenclatura utilizada nos materiais de referência.

A transição do cuidado é definida como um conjunto de intervenções projetadas para coordenar o cuidado durante o movimento do paciente entre os ambientes de saúde. O processo é intencional, claramente definido com expectativas e responsabilidade, e se concentra nas necessidades do paciente e do cuidador.

Esse conceito também é coerente com o mencionado por Coleman e Boulton (2003), já expresso no referencial teórico deste trabalho. Em relação aos serviços integrados de saúde referenciados nas falas, Lima et al. (2018, p. 2) apresentam-nos como tendo a finalidade de “[...] garantir promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnósticos, tratamentos, gestão de cuidados, reabilitação e cuidados paliativos à população a qualquer momento, nos diferentes níveis e contextos do cuidado”. Esses serviços formam uma trama composta por níveis de complexidade do sistema de saúde – complexidade baixa, média e alta –, as quais têm por dever o cuidado ao paciente de maneira universal, equânime e integral.

Pertinente à percepção do que seja a transição do cuidado referida pelos entrevistados, também identificamos como um aspecto a comunicação de informações, conforme manifestado na seguinte fala:

A maneira como tu vai passar, por exemplo o meu atendimento, a maneira como eu vou passar ele pra ti, como vou passar pra equipe. Então, tudo isso é uma transferência de um cuidado que envolve um paciente. Acho de uma maneira mais clara possível também para conseguir com que esse cuidado seja efetivo visando todas as demandas biopsicossociais dos nossos pacientes (E. 6).

A comunicação é reconhecida como uma das competências da transição do cuidado (BURKE et al., 2013 apud WEBER, 2018), pois possibilita que a equipe de origem compartilhe a decisão do projeto terapêutico singular do paciente para outro profissional, do mesmo espaço de atuação ou de outra instituição, com o objetivo de dar continuidade ao seguimento proposto, assim como subsidiar o trabalho do profissional que virá a atender a situação de saúde.

Além da necessidade do acesso aos diversos serviços de rede de atenção à saúde e a dependência dos equipamentos de saúde, ao retornar para o domicílio, o paciente requisita, por vezes, de um cuidado contínuo por uma pessoa que assuma essa responsabilidade, o que geralmente recai sobre um membro da família. Este, na maioria das vezes, já exerceu no ambiente hospitalar o papel de cuidador familiar e, na alta hospitalar, segue exercendo essa atividade. De encontro à percepção trazida

pelos entrevistados sobre a transição do cuidado, surgiu na fala a seguir a participação da família nesse processo.

A família também acaba sendo responsável por essa questão da transferência do cuidado porque, claro que precisa de uma rede de apoio, mas muitas vezes alguns dos cuidados que vão ser tomados vão ser com a família, com o responsável ali no ambiente, a família também faz parte (E. 5).

A partir dessa fala, evidenciamos uma contradição presente em relação ao compartilhamento do cuidado, pois não foi identificado em nenhuma das falas dos entrevistados, ao serem questionados quanto à percepção do cuidado em saúde, que o cuidado ao paciente é compartilhado entre os profissionais de saúde e a família. Apesar disso, ao se referirem à transição do cuidado, há essa identificação da família como um suporte necessário ao paciente quando retorna para o domicílio.

Segundo Martins et al. (2018), no ambiente hospitalar, as famílias dos pacientes pediátricos, em contato com uma nova condição de saúde que exige um cuidado contínuo, necessitam reorganizar sua dinâmica. O familiar responsável passa a conviver no ambiente hospitalar por tempo prolongado e, muitas vezes, sem previsão de alta hospitalar, o que acaba suscitando um afastamento do seu meio social. Durante esse período, o familiar desempenha papel fundamental não apenas para a criança, mas também para os profissionais de saúde, pois a equipe se dirige a ele para tratar questões sobre o manejo do cuidado e a troca de informações sobre a saúde do paciente.

Nesse contexto, a família apreende novas referências que instrumentalizam o cuidar. A rotina compreende o aprendizado de novas e diferentes formas de promover a alimentação, a higiene e a administração dos medicamentos, uma vez que essas tarefas envolvem atenção com a singularidade e a especificidade da criança e também podem demandar o uso de tecnologias (MARTINS, 2018).

Assim, a família acaba por tornar-se parte essencial para a continuidade do cuidado quando esse paciente retorna para o domicílio, pois ela é parte integrante desse processo. De acordo com Fernandes e Angelo (2016), os cuidadores familiares surgem como um recurso para a desospitalização. Contudo, no regresso ao domicílio, a família encontra-se fragilizada, e o cuidador familiar assegura os cuidados, muitas vezes, de forma intuitiva, podendo existir falhas no cuidado, resultantes tanto da

ausência de orientações recebidas no hospital ou de lacunas destas, como do pouco tempo que esse cuidador tem para se apropriar das orientações.

Portanto, a realidade de saúde do paciente precisa ser trabalhada com a família ao longo da internação hospitalar, a fim de que o cuidador, ao assumir os cuidados pós-alta hospitalar, sinta-se seguro e compreenda as necessidades indicadas àquele sujeito. A família, estando ciente dos cuidados fundamentais, poderá ser parte primordial na articulação com os serviços do território que deverá acessar. No entanto, para isso, é necessário que profissionais identifiquem as dificuldades e contextos de cada família, respeitando suas vulnerabilidades para, juntos, buscar uma conexão com os demais serviços de saúde.

5.2 TRABALHO EM SAÚDE: A PRÁTICA DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Neste item, trataremos especificamente de como os profissionais residentes em saúde exercem a transição do cuidado. Desta maneira, responderemos ao objetivo de descrever as estratégias utilizadas para a transição do cuidado das crianças e adolescentes internados na Unidade de Internação Pediatria para a rede de atenção à saúde, a partir da percepção dos profissionais residentes em saúde, bem como identificaremos os limites e as possibilidades desse processo. Com o intuito de contextualizarmos as práticas em saúde, abordaremos inicialmente o trabalho em saúde, categoria central deste estudo.

Merhy e Franco (2008) descrevem que toda atividade humana é um ato produtivo, que modifica alguma coisa, produzindo algo novo; essa transformação é feita pelo trabalho humano. De acordo com Marx (1975 apud FARIA; ARAÚJO, 2010), o trabalho é o motor de todos os processos sociais, a categoria chave na compreensão das relações sociais de produção e também para a compreensão do homem. O autor enfatiza a relevância atribuída ao trabalho na história humana ao afirmar que “Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, o homem ao mesmo tempo transforma sua própria natureza” (MARX, 1975, p. 49 apud FARIA; ARAÚJO, 2010, p. 431).

Ao longo da história da humanidade as formas de organização social e trabalho sofreram alterações de acordo com a evolução histórica. Atualmente a sociedade estabelece a produção de mercadorias por meio do modo de produção capitalista⁶, o que gera impacto em toda a organização da vida social. As relações sociais, neste cenário, se instalam entre o trabalhador, que é quem possui a força de trabalho, e o proprietário, que dispõe dos meios de produção. Dessa relação surge o produto final, com o seu valor de troca.

O trabalho em saúde, no entanto, de acordo com Merhy e Franco (2008), deve pautar-se pelo valor de 'referente simbólico', sendo este o "[...] ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde", e que tem como seu objeto central as necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, manifestadas como demandas pelas ações de cuidado (MERHY; FRANCO, 2008, p. 281).

No contexto da saúde, todo trabalhador carrega consigo as valises tecnológicas, as quais são definidas por Merhy e Franco (2008) como suas ferramentas, utensílios usados para prover o cuidado (tecnologias duras); seus conhecimentos e saberes tecnológicos (tecnologias leve-duras); e suas relações (tecnologias leves) com todos os outros que participam da produção, ou seja, os demais profissionais e os que desfrutam do seu trabalho – os usuários da saúde (2008).

Em virtude de as necessidades de saúde expressarem múltiplas dimensões, demandam intervenções que não devem ser realizadas por ações isoladas de um único profissional, solicitando, assim, as valises dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde. Merhy e Franco (2008) afirmam, ainda, que o trabalhador da saúde é sempre coletivo, pois não há trabalhador que dê conta sozinho da extensão das necessidades de saúde, sendo este o objetivo real do trabalho em saúde. Desta forma, o exercício profissional de um complementa o trabalho de outro. Portanto, é nessa realidade que se faz necessário o trabalho em saúde de equipes multiprofissionais, que contemplem os aspectos das esferas da saúde.

Abordaremos aqui como integrantes do trabalho em saúde os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, visto que é essa a realidade do espaço em

⁶ Capitalismo é um sistema socioeconômico em que os meios de produção são propriedades privadas de uma classe social em contraposição à classe de trabalhadores não proprietários (SINGER, 1987, p. 7).

que a pesquisa vem sendo realizada. Quanto ao conceito do trabalho da equipe multiprofissional de saúde, Peduzzi o estabelece como “[...] um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais” (PEDUZZI, 2001 apud SCHERER et al., 2009, p. 724). Logo, é um trabalho firmado na lógica do diálogo entre profissionais de diferentes formações que buscam um objetivo comum.

O trabalho multiprofissional no campo desta pesquisa se apresentou nas seguintes falas:

O fato da gente trabalhar aqui como equipe multi facilita a transferência do cuidado porque também não fica toda essa questão centrada apenas em alguém, digamos na equipe médica (E. 5).

Uma das facilidades que a gente encontra aqui no hospital de clínicas é ter uma equipe multi muito completa, [...] então a gente fala de um lugar muito privilegiado, onde tem muitos profissionais, de todas as profissões possíveis para facilitarem que essa transferência ocorra de alguma forma, para fazer esse papel de mediadora também. Esse é um dos pontos que leva a gente a ter um pouco mais, não sei se de facilidade, mas de conseguir acessar todos, ou alguns serviços que talvez outros hospitais menores não consigam (E. 6).

Nessas falas, a equipe multiprofissional foi identificada como uma potencialidade e possibilidade de viabilização da transição do cuidado, pois a diversidade de profissionais propicia que o cuidado não fique centrado apenas na parte de atendimento médico.

De acordo com Ferreira et al. (2009), o trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas. A formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. Sendo assim, essa dinâmica coletiva facilita que os profissionais da saúde abarquem uma atenção voltada às condições biopsicossociais dos usuários da saúde.

Entretanto, salientamos que no local em que se realizou a pesquisa, a Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, observou-se que existem dois momentos em que a transição do cuidado ocorre: primeiramente dentro da própria unidade de internação, entre os profissionais daquele espaço, o que se entende por transição do cuidado de maneira interna; e o segundo momento, que se refere à transição do cuidado de forma externa, ou seja, para outros serviços que o paciente precisará acessar para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

Realçamos que nosso trabalho tratará de abordar exclusivamente a transição do cuidado externa.

Assim, ao questionar como os profissionais residentes em saúde realizam a transição do cuidado para a rede externa, foi identificado um momento importante para tal transição, conforme consta nas falas a seguir:

Durante os rounds na equipe, [...] que é um momento em que a gente, pelo menos para mim, é um momento que a gente tem noção da demanda que tem (E.2).

Eu acho que muito nos rounds que a gente vê isso. Se a gente nota, por exemplo, que algum paciente está com alguma dificuldade ou quando a gente nota alguma necessidade do paciente e mesmo que não seja da minha área eu vou lá e falo com a pessoa responsável da área e converso com ela, pergunto da opinião dela sobre aquilo (E.3).

De acordo com as falas, o round se constitui como um espaço significativo para o conhecimento do plano terapêutico do paciente. É nesse momento que as condutas e intervenções pertinentes aos pacientes são decididas e as informações são compartilhadas. Os rounds, de acordo Uchôa e Camargo Jr. (2010), são entendidos como rodas diárias de discussão sobre os casos e servem como um processo de re Checagem da investigação a respeito do paciente. No ambiente aqui estudado, os rounds são realizados diariamente, no turno da manhã. São conduzidos por um professor médico, estando presentes os residentes que compõem a equipe, médicos e multiprofissionais, assim como os estagiários de medicina, compreendendo que esse momento possibilita o aprendizado.

Portanto, a pesquisa evidenciou que esse espaço é utilizado como uma estratégia potente para as discussões dos casos atendidos na unidade, e que proporciona a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado. É por meio dessa estratégia que as trocas de informações acontecem e possibilitam a transição do cuidado. No entanto, identifica-se que esse modo de transição ocorre de forma interna, pois há um compartilhamento das necessidades do paciente com o outro profissional integrante da equipe, que já atende esse paciente no espaço de saúde que ele se encontra no momento. Apesar de haver evidência de que o round se constitui como um espaço de planejamento de pós-alta hospitalar, não há indício de que esse momento seja de interação e inclusão do restante da rede de atenção à saúde na organização da continuidade do cuidado.

Portanto, quanto à transição do cuidado de maneira externa, os rounds foram identificados como um meio de se chegar às decisões, de forma coletiva, do que seja

necessário ao paciente para ter a continuidade do cuidado garantida. Todavia, a prática da transição do cuidado é repassada para o profissional de Serviço Social, o que é demonstrado nas seguintes falas:

Nos rounds por exemplo quando se tem uma preparação de alta a gente trabalha entre nós as coisas, os aspectos, os critérios, enfim que a gente acha importante que tenha continuidade [...] a gente discute entre nós, mas eu acho que a gente centraliza num único profissional, num único núcleo enfim... para que esse profissional transmita todo o conhecimento externo, então, ainda hoje eu não enxergo tanto assim, mas se acaba deixando que isso ocorra, que é deixar que o assistente social passe as informações que são cabíveis de outros profissionais para fora [...] quando vai passar para uma unidade de saúde as informações, eu acho que a gente deixa muito centralizado em um único profissional [...] a gente escreve laudos, enfim relatórios que na verdade só fazem um fim burocrático, um registro, mas não qualifica essa transferência, eu enxergo tanto do meu núcleo, quanto da equipe multi o mesmo problema (E.4).

Muitas vezes se dá a partir do round que se discute quais as necessidades da criança frente as demandas que ela apresenta, [...] e fica muito a cargo do assistente social fazer essa transferência do cuidado, isso eu vejo muito, é uma crítica que eu faço, mas de certa forma eu vejo que os assistentes sociais conseguem fazer isso de forma bem mais qualificada que os outros profissionais porque sabem da realidade das políticas públicas, estão por dentro desse debate, sabem como caminhar na rede, como se diz, e que muitos outros profissionais não têm a compreensão [...] muito se fala dentro do hospital, em fazer alta, em dar alta, mas a alta precisa ser qualificada então tem que ter outros profissionais olhando para a transferência do cuidado e não só com um profissional (E.7).

O assistente social é apontado nessas falas como sendo o único profissional que tem contato com os demais serviços da rede de atendimento à saúde, sendo esse profissional quem terá que compreender as informações relacionadas aos demais núcleos profissionais e repassá-las aos serviços pertinentes. Observou-se também que o que motiva essa conduta é o entendimento da equipe de que o assistente social é o profissional que mais está articulado com os demais serviços que contemplam a rede de atenção à saúde e outras políticas públicas.

O Serviço Social é um trabalho inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, entendida como “[...] o processo de organização do trabalho especializado e as diferentes atividades ou tarefas que os trabalhadores desempenham na sociedade, sejam elas econômicas, políticas ou ideológicas, de acordo com a sua situação na estrutura social” (SCHEUNEMANN et al., 2010, p. 23). A profissão é regulamentada pela Lei 8.662, de 1993, e por um Código de Ética Profissional (1993). Apresenta-se na cena contemporânea como uma profissão analítica e interventiva, com uma série de atribuições e competências fundadas na garantia de direitos sociais e na construção de uma sociedade verdadeiramente democrática, sem preconceitos e iniquidades sociais.

Esse profissional tem como seu objeto de trabalho as expressões da questão social, que provocam a necessidade de intervenção deste profissional. Assim, compreender a realidade social é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças (IAMAMOTO, 2015). Logo, Lanza et al. (2012, p. 214) afirmam que “[...] esses profissionais atuam nas manifestações da questão social e no modo como elas interagem com a política social⁷”.

A inserção desse profissional no campo da Política de Saúde ocorreu a partir de 1945, no contexto do processo de expansão do capitalismo e das mudanças internacionais geradas pelo fim da Segunda Guerra Mundial. Junto a essas características conjunturais, o conceito de saúde voltado a “aspectos biopsicossociais” adotado pelos organismos internacionais, ocasionou a necessidade de convocar outros profissionais para atuar nessa área, dentre eles, o assistente social (BRAVO, 2009). Não obstante, deve-se compreender que o Serviço Social condiz com os saberes ligados às Ciências Sociais, se afastando do campo das Ciências da Saúde. Portanto, o profissional precisa aprofundar-se na ligação entre o biológico e as condições sociais dos usuários que atende (LANZA et al., 2012).

Atualmente, esse profissional, no campo da pesquisa, trabalha inserido em equipes multiprofissionais e tem o papel fundamental de elucidar o contexto social em que as famílias atendidas estão inseridas, identificando os determinantes do processo saúde/doença com a intencionalidade de propor intervenções junto aos serviços intrasetoriais e intersetoriais na busca pela saúde integral.

Por ser este o profissional que tem maior compreensão do contexto social dos pacientes/familiares que fazem parte dos serviços de saúde, acaba por tornar-se o articulador entre a realidade exposta pela família e as equipes de saúde. Em consequência, é também esse profissional que busca a conexão entre os serviços que integram a rede de atendimento, sendo estes intrasetoriais e/ou intersetoriais.

Tendo isso em consideração, e em consonância com Costa (2009), destaca-se que além desse profissional conhecer o contexto das famílias que atende, deve conhecer não apenas o seu espaço ocupacional, mas a lógica de funcionamento do sistema de saúde, a dinâmica e a capacidade de atendimento de outras instituições

⁷ “As ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social consistem no que chamamos de política social” (FLEURY; OUVRENEY, 2012, p. 15).

públicas e privadas que envolvam e/ou se apresentem como um meio de viabilizar o atendimento das necessidades da população.

Essa particularidade faz com que o assistente social se insira no interior do processo de trabalho em saúde como agente de interação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais. Portanto, “[...] a objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo ‘perdido’, quebrado pela burocratização das ações [...]” (COSTA, 2009, p. 341), ou seja, constituir a conexão entre os serviços necessários à população, tendo como seu principal produto de intervenção a garantia da integralidade das ações (COSTA, 2009). Assim sendo, é a partir dessa relação entre os serviços, sejam da saúde ou de outras políticas, que se materializa a transição do cuidado e, por consequência, o cuidado integral.

Diante desse aspecto, podemos inferir a importância que esse profissional tem no âmbito da saúde. Porém, também vale ponderarmos que o fato de um único núcleo profissional ficar à frente da realização da transição do cuidado, pode fazer com que o cuidado em equipe torne-se fragmentado. Compreendendo que nos momentos em que o assistente social é demandado a passar informações que não sejam de sua expertise para os demais serviços, pode haver falhas na compreensão dos profissionais que recebem as informações e que são de outras categorias profissionais. Bem como a articulação de diversos profissionais com os demais serviços possibilita a transmissão de um olhar biopsicossocial aos serviços que irão atender o paciente.

Outra estratégia identificada nesta pesquisa para a transição do cuidado refere-se ao uso da orientação aos pacientes e familiares, mesmo que os entrevistados não tenham-na mencionado como um componente da transição do cuidado.

Quando vai para fora daqui a gente não tem muito contato. Então a gente dá a orientação para o paciente e, muitas das vezes, é ali que acaba; a não ser que seja algum caso que precise retornar ao ambulatório, mas daqui para o restante da rede não temos muito contato (E.1).

No nosso caso são mais essas questões de orientação. Para a rede externa a gente acaba não fazendo contato direto (E. 5).

Apesar dessa estratégia de transição do cuidado, entendida como a educação do paciente e promoção do autogerenciamento apresentadas nas falas, não se

materializar no contato entre os serviços da rede de atendimento, é identificada como um dos componentes principais para a transição do cuidado, conforme descritos por Burke et al. (2013 apud WEBER, 2018), pois visa preparar o paciente e/ou familiar para a alta hospitalar.

Lembramos que, no campo onde se realizou a pesquisa, o paciente pediátrico ainda não possui uma autonomia completa para prestar o seu autocuidado de forma independente; por esse motivo, contamos com as orientações passadas aos familiares/responsáveis dos pacientes, a fim de que o cuidador consiga realizar o cuidado necessário. Já os pacientes adolescentes conseguem ser os principais protagonistas de seus cuidados, ainda que contando com o auxílio e supervisão de um familiar.

As orientações dadas durante a internação são consideradas fundamentais para um planejamento de transição do cuidado dos profissionais de saúde para aqueles que seguirão exercendo o autocuidado ou com cuidadores. A educação e o autogerenciamento dos pacientes e familiares envolvem saber sobre os principais diagnósticos e os cuidados necessários, incluindo orientações sobre os problemas de saúde e formas para prevenir agravos, administração adequada de medicações, consultas ambulatoriais para acompanhamento e informações sobre onde procurar assistência caso surja algum problema inesperado (BURKE et al., 2013 apud WEBER, 2018). Dessa forma, segundo Lima (2018), essa estratégia de transição de cuidado resulta numa maior capacidade dos cuidadores para cuidar dos pacientes após a alta hospitalar, considerando que, neste momento, estão equipados com os conhecimentos e habilidades que adquiriram durante a internação do paciente.

Para além desses dados, esta pesquisa também permitiu identificar os limites para essa efetivação da transição do cuidado. Nesse contexto, alguns entrevistados trouxeram como dificuldade dessa prática a comunicação, como podemos verificar na fala abaixo:

Aprimorar mais essa questão de comunicação com a rede, que eu acho que é isso a dificuldade, principalmente quando é fora daqui do município. Isso é um desafio sempre, essa questão de comunicação, e acho que sempre vai ser um desafio, e que é uma coisa que faz muita diferença (E. 5).

Pode-se observar, então, que a comunicação, nesse ambiente da pesquisa, é considerada uma dificuldade no que se refere à comunicação com os demais serviços.

A comunicação, nesse fluxo da transição do cuidado, é compreendida como um meio necessário para a efetivação da troca de informações entre os espaços de atendimento à saúde. Conforme Weber et al. (2017), a transição do cuidado é um processo complexo e, segundo enfatiza o autor, a sua efetivação exige a comunicação entre as pessoas que estão envolvidas no cuidado do paciente.

Essa comunicação – dentro da instituição, entre os profissionais do serviço, com o paciente e familiares como também com outros serviços que o usuário da saúde possa acessar após a alta hospitalar – é de extrema relevância para promover a continuidade segura do atendimento aos cuidados do paciente. No entanto, para que essa transferência de informações tenha êxito, torna-se imprescindível que as comunicações sejam claras, objetivas e padronizadas, tanto na forma verbal quanto por escrito (WEBER, 2018).

Abordando esse tema, um dos entrevistados afirma que a comunicação também ocorre a partir de outras estratégias, conforme segue:

Muitas vezes a transferência do cuidado ela se dá apenas pela emissão de um relatório ou das famílias entregarem lá a nota de alta, muitas vezes é o que acontece. Então eu vejo que falta uma sintonia entre os níveis de complexidade e falta principalmente uma comunicação, um diálogo para entender as necessidades de cada paciente e prestar esse atendimento de forma singular, entendendo as particularidades de cada situação (E. 7).

Burke (2013 apud ACOSTA, 2016) considera que a comunicação também é feita pelo conteúdo a ser incluído no sumário de alta e/ou por mecanismos de transferência de informação do hospital aos serviços que dispensarão os cuidados pós-alta hospitalar. Portanto, algumas vezes a transição do cuidado ocorre pela comunicação escrita, relatórios e/ou sumários de alta, os quais as famílias, por vezes, se encarregam de apresentar nos demais serviços que vão acessar.

O imprescindível nessa relação de comunicação é a clareza e coerência das informações passadas, sejam escritas ou verbais. Considera-se também que nem todas as famílias possuem compreensão das informações recebidas, o que torna a estratégia da escrita mais um recurso que pode garantir que a informação correta seja compartilhada com os demais serviços que o paciente poderá vir a acessar.

Outra dificuldade apresentada nas falas refere-se ao acesso à rede de atenção à saúde, conforme descrito pelos entrevistados nas seguintes falas:

Eu acho que as dificuldades... principalmente tem que ter uma boa organização de toda a rede, tem que ter o contato e tem que ter a boa vontade das pessoas também (E. 1).

Colocando o hospital como parte integrante da rede eu acho que algumas questões não tem como fugir disso, é uma questão de gestão bem maior que a gente, é de Estado, de enfim algo bem mais amplo, então acho que o desafio maior é de estar lidando com isso, com as fragilidades que a gente encontra aqui dentro e também além disso. Então é mais essa questão de às vezes a gente se perguntar, vou encaminhar para quem ? (E.6).

A questão de falta de informação do que tem disponível na rede básica para nós [...] falta muito essa questão da gente conseguir a informação externa (E. 2).

Rememorando o exposto no referencial teórico quanto à rede de atenção à saúde, esta é constituída pelo 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, 2011).

A política de saúde no Brasil é reflexo de um processo histórico, político, social e econômico, que possibilita a compreensão acerca do sistema vigente. Um dos fatores que impactam no acesso aos serviços de saúde diz respeito a uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, resultante de uma incoerência entre uma situação de saúde vinda de significativas mudanças demográficas que vêm sendo observadas devido ao envelhecimento da população, e uma transição epidemiológica de doenças infectocontagiosas para doenças crônicas. O aumento da sobrevivência de pacientes portadores de doenças crônicas ou de outras patologias tem sido viabilizado pelo desenvolvimento científico e tecnológico (MENDES, 2010).

Essa nova realidade de conjuntura traz a reflexão de que as doenças crônicas, relativamente predominantes, não conseguem respostas do sistema de saúde de forma eficiente, efetiva e de qualidade, pois o sistema ainda se encontra voltado a atender prioritariamente as condições agudas e as agudizações de condições crônicas, além de ser organizado de forma fragmentada. Essa divergência decorre do fato de uma situação de saúde do século XXI (doenças crônicas) estar sendo respondida por um sistema de atenção à saúde do século XX (infectocontagiosas) (MENDES, 2010).

Esse cenário de um novo quadro epidemiológico exige mudanças na política de atuação do SUS, que se encontra fragmentada. Essa fragmentação apresenta-se pela “[...] fragilidade do processo de articulação entre as instâncias gestoras do sistema, entre os serviços e, ainda, entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais, dificultando o acesso e a continuidade da atenção à saúde” (SHIMIZU, 2013, p. 1102).

A estruturação das redes de atenção à saúde propõe-se como uma alternativa potente para reduzir a fragmentação do sistema, tendo como norte alguns países que conseguiram consolidar sistemas de saúde integrados. Dessas redes decorre um melhor acesso, continuidade, integralidade e racionalização dos recursos. Todavia, há que se considerar os diferentes contextos em que esses sistemas integrados estão inseridos, necessitando, assim, analisar a natureza dos sistemas, seus valores e princípios (SHIMIZU, 2013).

Portanto, outro fator que vem impactando o âmbito da saúde recentemente são os resquícios do projeto neoliberal na precarização dos serviços de saúde, ainda que percebamos avanços legais quanto à organização do sistema de saúde brasileiro, respeitando os princípios organizacionais de descentralização, hierarquização e regionalização.

De acordo com Sousa et al. (2017), a saúde como um direito universal e igualitário sempre esteve em disputa. A Lei 8.080/90, referente à assistência à saúde livre à iniciativa privada, possibilitou ao projeto neoliberal – este contrário à universalidade dos direitos sociais – encontrar respaldo legal para a expansão da privatização na saúde, gerando um subfinanciamento do setor e ampliando a precarização dos serviços de saúde.

Entre as precarizações encontram-se a deficiência na infraestrutura, equipamentos e insumos nos serviços existentes, a falta de recursos humanos e instabilidade nos vínculos trabalhistas, ausência de concursos públicos, terceirizações e graves problemas de gestão e gerenciamento dos processos. Em meio a essa conjuntura, em 2016 foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/55/2016, que congelou os gastos públicos durante vinte anos, tornando o subfinanciamento da saúde mais grave e representando uma grande ameaça aos direitos sociais estabelecidos na Constituição (SOUSA, 2017). Esse cenário de retrocessos na Política de Saúde vem resultando na ausência de acessos de qualidade aos usuários do sistema de saúde e, por fim, violando o direito à saúde da população.

Sendo assim, como profissionais de saúde, compete pensarmos no melhor modo de realizar a articulação entre os serviços, a fim de consolidar uma prática profissional que busque a garantia da continuidade do cuidado ao paciente, por meio de um atendimento integral. Da mesma forma, cabe nos mobilizarmos como atores

políticos frente aos retrocessos postos na atual conjunção, firmando, juntamente aos usuários da saúde, a conscientização por seus direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificou-se que a transição do cuidado é um processo complexo que exige coordenação e comunicação entre pessoas de diferentes formações, experiências e habilidades. Essa transição é definida como um conjunto de ações que visam à continuidade do cuidado, sendo realizada entre diferentes locais ou entre diferentes níveis de cuidado.

Assim, a pesquisa trouxe duas categorias centrais: o cuidado em saúde e o trabalho em saúde, os quais, por sua importância, requerem um aprimoramento contínuo sobre a temática. Não obstante, proporcionou, a partir dessas categorias, refletir a percepção dos profissionais residentes em saúde referente à transição do cuidado, tendo como base a compreensão destes em relação ao cuidado em saúde, bem como proporcionou conhecer como se estabelece o trabalho em saúde no espaço da pesquisa.

Referente às percepções dos residentes em saúde quanto ao cuidado em saúde, este estudo identificou que os entrevistados demonstraram a compreensão de saúde no seu conceito ampliado, o que assegura um olhar vasto em relação aos determinantes e condicionantes em saúde. Também se constatou o pensamento no cuidado em uma perspectiva integral, compreendendo as particularidades de cada sujeito. Quanto à transição do cuidado, foi possível evidenciar que os entrevistados a identificam como um processo que se articula junto aos demais serviços, reconhecendo a comunicação como uma das competências da transição do cuidado. Da mesma forma, consideram a família como parte integrante desse processo.

Também foi possível a identificação das estratégias utilizadas pelos profissionais residentes em saúde para uma transição do cuidado eficaz, como os rounds, considerados como um espaço de extrema importância tanto na transição do cuidado de maneira interna como para a reflexão das necessidades dos pacientes e viabilização da transição com os demais serviços. Outra estratégia apontada foi a educação do paciente e autogerenciamento como forma de potencializar a transição do cuidado entre o profissional da saúde com o paciente e cuidadores, pensando no retorno ao domicílio.

No entanto, outro dado apresentado refere-se ao fato de a transição do cuidado para os serviços de outros espaços ficar prioritariamente a cargo de um único núcleo profissional, o assistente social, por ser este quem busca estabelecer as conexões

entre os serviços a fim de garantir a integralidade do cuidado. Em virtude disso, observa-se que a transição do cuidado é um tema que requer maior aprimoramento dentro dos espaços de saúde, de forma que a sua efetivação seja multiprofissional, num trabalho articulado de toda a equipe. Não obstante, para se chegar a essa finalidade, é preciso que as formações acadêmicas em saúde incluam de forma transversal este conteúdo, com a finalidade de propor uma reflexão a todos os profissionais do campo da saúde.

Refletiu-se também sobre quais são as possibilidades e os limites para a realização da transição do cuidado, identificando como fatores importantes a equipe multiprofissional, como uma potencialidade dentro desse espaço de conhecimento, bem como o desafio de uma comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos no cuidado, estejam estes na própria unidade de atendimento ou nos serviços que prestarão a assistência após a alta hospitalar. Os limites constatados para a transição do cuidado foram o descontentamento em relação à rede de atenção à saúde devido às suas precarizações, advindas de um contexto histórico e de recentes retrocessos de direitos, gerando uma fragmentação do cuidado. Assim como foi trazida como uma dificuldade a comunicação com a rede de atendimento, que se dá de forma escrita nos sumários de alta hospitalar.

O estudo teve como limite a ampliação do conhecimento referente à Linha de Cuidado. No entanto, mesmo não abordando esta temática, ressaltamos que a Linha de Cuidado tem papel importante na efetivação do cuidado integral, pois ela é construída com base no Projeto Terapêutico Singular do paciente. Assim, o intuito da Linha de Cuidado é buscar mapear e auxiliar o paciente na direção que deve tomar em relação aos acessos aos serviços, de acordo com sua necessidade, buscando garantir o cuidado integral. Portanto, é compreendida como um processo importante para a qualificação da transição do cuidado.

Por fim, conclui-se que a continuidade do cuidado após a alta hospitalar do paciente é assegurada por meio de um adequado processo de transição. Nesse âmbito, a coordenação da transição do cuidado torna-se primordial diante das necessidades de saúde, principalmente aos pacientes com comorbidades múltiplas. Diante desses aspectos, exige-se a criação de novos mecanismos para assegurar uma transição do cuidado de qualidade e de forma multiprofissional.

Assim, os resultados deste estudo poderão subsidiar o aprimoramento das práticas de transição do cuidado, com a finalidade de garantir o cuidado integral após

a alta hospitalar. Além disso, espera-se colaborar com a produção e divulgação do conhecimento na temática e propiciar a elaboração de estratégias para implementação da transição do cuidado para a rede de atenção à saúde no ambiente hospitalar.

Tendo isso em vista, sugere-se que o local em que foi realizada a pesquisa implemente protocolos assistenciais que assegurem uma transição do cuidado adequada, com a participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, visando a continuidade do cuidado de maneira integral e garantindo uma alta hospitalar segura, que vá ao encontro dos princípios doutrinários preconizados no Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011, 192 p.

BARDIN, Laurence Bardin. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, LDA. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>
Acesso em: 15 out. 2018.

_____. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) 2014a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>
Acesso em: 12 Nov. 2019.

_____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014b.

_____. **Portaria nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

_____. **Decreto nº 7.508, 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.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192> Acesso em: 02 Fev. 2019.

_____. **Lei nº 11.104, de 21 de Março de 2005**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm> Acesso em: 11 jan. 2020.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm> Acesso em: 01 jan. 2019.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.117, de 3 de Novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005c. Seção 1, p. 112 Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6267> Acesso em: 01 jan. 2019.

_____. **Portaria nº 2048, de 5 de Novembro de 2002.** Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069Compilado.htm> Acesso em: 13 set. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 14 de set. de 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em: 15 out. 2018.

BRAVO. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009, p. 88-110.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, Hoboken, v. 8, no. 2, p. 102-109, Nov. 2013. Apud ACOSTA, Aline Marques. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFRGS. 2016.

_____. R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, Hoboken, v. 8, no. 2, p. 102-109, Nov. 2013. Apud WEBER, Luciana Andressa Feil. **Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio.** Dissertação de mestrado acadêmico em enfermagem, UFRGS. Porto Alegre. 2018.

CHIZZOTTI, Antonio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez. 1991. Apud BARROS, Aidil; LEHFELD, Neide. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. 18. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

COLEMAN. E. A., BOULT C., American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. **Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs**. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):556-7. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>> Acesso em: 01 de mar. 2019.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: **Serviço Social e saúde** / Ana Elizabete Mota [et al.], (orgs). - 4. ed. - São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

FERNANDES, Carla Sílvia; ANGELO, Margareth. **Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa**. Rev Esc Enferm USP - 2016;50(4):675-682. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf> Acesso em: 15 out. 2019

FERREIRA, Ricardo Corrêa Ferreira; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. **Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1421-1428, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14suppl1/1421-1428/pt>> Acesso em: 26 Out. 2019.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. / organizado por Lúgia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et. al. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa** / Uwe Flick; tradução Joice Elias Costa. - 3. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUERRERO, K. S.; PULS, S. E.; ANDREW, D. A. **Transition of care and the impact on the environment of care**. Journal of Nursing Education and Practice, Toronto, v. 4, n. 6, 2014.

GOMES, Giovana Calcagno; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr;26(1):20-30. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1549/ocuidadocompartilhado.PDF?squence=1>> Acesso em: 08 Out. 2019.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde do HCPA. Guia de Informações**. Porto Alegre, RS. 2019.

_____. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Projeto Político Pedagógico**. Porto Alegre, RS. 2015.

HERNÁNDEZ, Roberto S. **Metodologia de Pesquisa**. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, María del Pilar Baptista Lucio. - 5. ed. - Porto Alegre: Penso, 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. - 26. ed. - São Paulo, Cortez, 2015.

LANZA, Liria Maria B; CAMPANUCCI, Fabricio da S.; BALDOW, Letícia O.; **As profissões em saúde e o Serviço Social: desafios para a formação profissional**. R. Katál., Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 212-220, jul./dez. 2012.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva. et al. **Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa**. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e20180119. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/pt_1983-1447-rngenf-39-04-e20180119.pdf> Acesso em: 19 nov. 2019.

MARTINS; Polyana Loureiro Martins; AZEVEDO, Creuza da Silva; AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. **O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.27, n.4, p.1218-1229, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v27n4/1984-0470-sausoc-27-04-1218.pdf>> Acesso em: 15 Out. 2019.

MARX, K. O capital. São Paulo: Difel, 1975. Livro I, v. I. Apud FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. **Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/18.pdf>> Acesso em: 22 out. 2019.

MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni. ARAÚJO, Ruben. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª Edição - 2009. Disponível em: <<https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf#page=69>> Acesso em: 17 de Jan. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): 2297-2305, 2010.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: Pereira, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>> Acesso em: 23 Out. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29a ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-9. Apud SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde**. Rev Saúde Pública 2009;43(4):721-25. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n4/721-725/pt>> Acesso em: 23 Out. 2019.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>> Acesso em: 08 Jan. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria no 16/99**. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.14, n.1, p.179-181, 2000.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. **Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>> Acesso em: 31 jan. 2019

SAMPIERI, Roberto H; CALLADO, Carlos F; LUCIO, Maria Del Pilar B. **Metodologia de Pesquisa**. Trad Daisy Vaz Moraes. 5a ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHEUNEMANN, Arno Vorpapel. [et. al.]. **Processo de Trabalho no Serviço Social**. Canoas: Ed. ULBRA, 2010. 116p.

SHIMIZU, Helena Eri. **Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 23 [4]: 1101-1122, 2013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2013.v23n4/1101-1122/pt>> Acesso em: 09 Nov. 2019

SINGER, Paul. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. 10.ed. São Paulo: Moderna, 1987. 87p.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. **Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/icse/2007.v11n21/65-78/pt>> Acesso em: 06 de Out. 2019.

SOUSA, Jamyle Martins de. et al. **Precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária à saúde em Fortaleza**. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 2017.

UCHÔA, Severina Alice da Costa; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de; **Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou**

evidências? *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4):2241-2249, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a38v15n4.pdf>> Acesso em: 19 Out. 2019.

WEBER, Luciana Andressa Feil, et al. **Transição do cuidado do hospital para o domicílio: Revisão Integrativa**. *Cogitare Enferm.* (22)3: e47615, 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47615>> Acesso em: 01 de mar. 2019.

WEBER, Luciana Andressa Feil. **Avaliação da transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas do hospital para o domicílio**. Dissertação de mestrado acadêmico em enfermagem, UFRGS. Porto Alegre. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Basic Documents**. 47 ed. Including amendments adopted up to 31 May 2009. World Health Organization: Geneva, 2009. Disponível em: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents-47-en.pdf>> Acesso em: 19 out. 2015.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS RESIDENTES EM SAÚDE

Título da pesquisa: A transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde: na percepção dos residentes multiprofissionais.

Entrevista nº: _____

Data da Entrevista: ____/____/____.

Área de atuação: _____

- 1) O que você entende por cuidado em saúde?
- 2) O que você entende por transferência do cuidado?
- 3) Como você faz a transferência do cuidado? Descreva como acontece?
- 4) E na equipe de saúde, como é feita a transferência do cuidado?
- 5) Quais as dificuldades, facilidades e desafios para realizar a transferência do cuidado?
- 6) Existe alguma outra coisa que queria falar sobre o tema?

Obrigada pela sua participação!

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde: na percepção dos residentes multiprofissionais.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é: Analisar como ocorre a transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde na percepção de residentes multiprofissionais.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço Social através da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Programa Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Responder a uma entrevista semiestruturada, com duração de aproximadamente 40 minutos, realizada pela profissional residente Alessandra Antonio Maria dos Santos, a qual será gravada, sobre a “A transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde: na percepção dos residentes multiprofissionais”. Após será realizada a transcrição da entrevista, a análise do conteúdo e o material será arquivado em local que protege a confidencialidade. Salientamos que não serão usadas todas as informações obtidas nas entrevistas.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, poderá haver desconforto com o tema relacionado à pesquisa e pelo tempo dedicado a responder o questionário.

A pesquisa não propõe benefícios diretos aos entrevistados, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes e atuações profissionais.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Assistente Social André Luís da Silva, pelo telefone 51.9601-2247, com o pesquisador, Fisioterapeuta Luiz Fernando C. Alvarenga, pelo telefone 51.991864114, com a pesquisadora Assistente Social Residente Alessandra Antonio Maria dos Santos, pelo telefone 51.982846310 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A transferência do cuidado de pacientes da Unidade de Internação Pediátrica para a rede de atenção à saúde: na percepção dos residentes multiprofissionais.

Pesquisador: ANDRÉ LUIS DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09762819.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.313.738

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_NFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289945.pdf	30/04/2019 17:20:49		Aceito
Outros	RespostaoParecerConsubstanciadodoCEP.docx	30/04/2019 17:20:03	ANDRÉ LUIS DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisav2.docx	30/04/2019 17:19:51	ANDRÉ LUIS DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉv2.docx	30/04/2019 17:19:33	ANDRÉ LUIS DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	folhrostosegver.pdf	30/04/2019 17:19:01	ANDRÉ LUIS DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegdeFun.pdf	15/03/2019 12:57:20	ANDRÉ LUIS DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 08 de Maio de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))