

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**CONTINUIDADE DO CUIDADO EM PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

MARIANA TIMMERS DOS SANTOS

Orientação: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

PORTO ALEGRE

2023

MARIANA TIMMERS DOS SANTOS

**CONTINUIDADE DO CUIDADO EM PESSOAS IDOSAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Alice Dias da Silva Lima

PORTO ALEGRE

2023

MARIANA TIMMERS DOS SANTOS

**CONTINUIDADE DO CUIDADO EM PESSOAS IDOSAS COM DOENÇAS
CRÔNICAS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 13 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA**
Data: 29/01/2023 17:32:53-0300
Verifique em <https://verificador.jb.br>

Prof. Dr.ª Maria Alice Dias da Silva Lima
Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS

Documento assinado digitalmente
 **LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN**
Data: 15/12/2022 10:43:58-0300
Verifique em <https://verificador.jb.br>

Prof. Dr.ª Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Prof. Dr.ª Ione Carvalho Pinto
Membro da banca

Universidade de São Paulo

 Documento assinado digitalmente
José Luis Guedes dos Santos
Data: 15/12/2022 12:59:52-0300
CPF: 11.260.948-11
Verifique as assinaturas em <https://s.usbc.br>

Prof. Dr. José Luis Guedes dos Santos
Membro da banca

Universidade Federal de Santa Catarina

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Mariana Timmers dos
Continuidade do cuidado em pessoas idosas com
doenças crônicas na rede de atenção à saúde / Mariana
Timmers dos Santos. -- 2023.
180 f.
Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2023.

1. Continuidade da Assistência ao Paciente. 2.
Assistência Integral à Saúde. 3. Doença Crônica. 4.
Saúde do Idoso. 5. Enfermagem em Saúde Pública. I.
Lima, Maria Alice Dias da Silva, orient. II. Título.

Dedico esta tese à minha filha, Luiza, que desde o ventre me acompanhou na construção desta pesquisa. Luiza, obrigada por me ensinar diariamente sobre o amor e me motivar a ser melhor. A vida se tornou muito mais bela com a sua chegada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente pelo dom da vida, pela proteção e pela fé cultivada nesta caminhada, renovando as minhas forças e esperanças, o alicerce que me manteve firme para chegar até aqui.

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, minha casa de formação, pelo ensino público de excelência e por tantas oportunidades de aprendizagem e crescimento nos últimos 15 anos, desde a graduação. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e seu corpo docente, pelas experiências e reflexões proporcionadas, que me motivaram na jornada acadêmica e contribuíram para me tornar a profissional que eu sou hoje.

À professora Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, pelas oportunidades, ensinamentos e conhecimentos compartilhados desde o mestrado, que contribuíram na minha formação e no meu crescimento profissional e pessoal. És um exemplo de dedicação e competência para mim, a quem guardo grande admiração. Agradeço sua orientação, compreensão e paciência em todos esses anos.

À banca examinadora, composta pelas professoras Dra. Ione Carvalho Pinto, Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin e professor Dr. José Luis Guedes dos Santos, pela disponibilidade e aceite ao convite, pelas sábias e atentas contribuições na qualificação e avaliação final da tese.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, pelos momentos de trocas e aprendizados que enriqueceram e contribuíram o desenvolvimento do estudo. Agradeço também o apoio e as palavras de incentivo ao longo do curso. À aluna Amanda Xavier Sanseverino, pelo auxílio em diferentes etapas do estudo, pelo seu comprometimento e dedicação. À amiga e colega Clediane, pela amizade e companheirismo constantes, as inúmeras conversas e experiências compartilhadas.

Aos participantes desta pesquisa, usuários e profissionais de saúde, que aceitaram compartilhar suas experiências e disponibilizaram seu tempo para contribuir com o desenvolvimento do estudo e com a construção do conhecimento.

À CAPES, pela concessão de bolsa de estudos em um período importante do curso, permitindo maior dedicação ao doutorado.

Agradecimentos especiais:

À minha filha, Luiza, pelo amor e carinho, seu sorriso e alegria contagiantes, pela paciência por todos os momentos de ausência para dedicação aos estudos. Agradeço por me motivar a ser melhor todos os dias.

Ao meu esposo, Ândrei, por todo o amor, carinho, paciência e compreensão em todos esses anos. Agradeço o imenso apoio e as palavras de incentivo nos momentos que precisei, por não me deixar desistir dos meus objetivos e pela sua dedicação para conquistarmos, juntos, tantos sonhos.

À minha mãe, Ana Maria, por nunca ter medido esforços para que eu pudesse alcançar os meus sonhos, pelo apoio e amor incondicionais, por ter me proporcionado uma boa formação, pelos valores ensinados e por ser meu maior exemplo. Ao meu pai, João Fabrício, pelo exemplo de determinação e incentivo aos estudos, pelo carinho, apoio e palavras de incentivo constantes.

Aos meus familiares, por todo o amor e carinho, pela torcida, e por terem sido rede apoio em tantos momentos. Em especial, agradeço minha dinda, Rita, a minha primeira enfermeira, por ser exemplo na profissão e por me incentivar em diferentes caminhos e oportunidades na Enfermagem.

À Janine, por sua escuta atenta e acolhedora, pelo apoio e incentivo nesta trajetória.

Aos meus amigos, pela amizade e companheirismo, apoio e incentivo durante a caminhada. Pela compreensão nos momentos de ausência e pelos momentos de confraternização, tornando tudo mais leve e mais agradável.

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: A continuidade do cuidado é fundamental para a qualificação da assistência, estando associada à melhor satisfação dos usuários, redução de custos e readmissões hospitalares. É ainda mais relevante para pessoas idosas, conforme envelhecem e desenvolvem problemas crônicos de saúde. Sua compreensão, porém, é complexa, pelo seu caráter multidimensional e por ser um aspecto vivenciado pelo usuário. São necessários estudos que explorem esse fenômeno a partir das experiências dos usuários, para o fortalecimento da continuidade da assistência no âmbito do sistema de saúde brasileiro. As questões norteadoras do estudo foram: como se dá a continuidade do cuidado a usuários idosos com doenças crônicas na rede de atenção à saúde (RAS)? Como tem sido percebida a continuidade do cuidado pelas pessoas idosas com doenças crônicas? **Objetivo geral:** analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doença crônica não-transmissível (DCNT) atendidos em serviços da RAS. **Método:** estudo exploratório de natureza qualitativa orientado pela técnica analítica da *Grounded Theory*, na perspectiva construtivista. A coleta de dados ocorreu de janeiro a dezembro de 2021, em dois distritos sanitários do município de Porto Alegre/RS. A amostra foi intencional e totalizou 34 participantes. Os participantes foram 18 usuários com 60 anos ou mais, com ao menos um diagnóstico de DCNT, atendidos em mais de um serviço da RAS, excluindo aqueles com alguma incapacidade de comunicação e com diagnóstico confirmado há menos de um ano. Também participaram 11 profissionais de saúde e 5 gestores de quatro unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e serviço de atenção especializada, com no mínimo seis meses de atuação. Os dados foram coletados por meio de análise de prontuários e entrevistas semiestruturadas com os usuários e grupos focais com profissionais de saúde e gestores. Os dados foram analisados com o software Nvivo®, seguindo as etapas de codificação inicial e focalizada e apoiados nos conceitos de integração de sistemas e serviços de saúde, RAS, continuidade e coordenação do cuidado. Observaram-se as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa em seres humanos e obteve-se apreciação ética por CAEE nº 36795320.8.0000.5347 e 36795320.8.3001.5338. Os participantes autorizaram a participação por meio da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). **Resultados:** emergiram sete categorias sustentadas por 24 subcategorias, integradas pela categoria central “Experienciando a continuidade do cuidado na RAS”. Os achados demonstraram que a experiência de continuidade na perspectiva de idosos com DCNT é formada por: facilidade de acesso aos serviços da RAS; acesso a exames e tratamentos medicamentosos em tempo oportuno; interações empáticas e acolhedoras com os profissionais, vínculo e relações terapêuticas; compreensão da doença e gerenciamento de cuidados que a envolvem, e troca de informações entre os profissionais e serviços acessados. A percepção desses elementos é influenciada por abordagens de cuidado, colaboração e trabalho interprofissional, e organização dos serviços. Evidenciaram-se dificuldades no cotidiano que refletem fragmentação da assistência. Assim, a experiência de continuidade se dá conforme os usuários vão “Conectando os fragmentos do seu cuidado”, percorrendo os pontos da RAS no alcance das suas necessidades e reconhecendo-se como protagonistas do seu cuidado. Identificou-se potencialidades para a continuidade e implicações práticas à assistência, propondo ações e estratégias que podem ser implementadas pelas equipes e serviços. **Considerações finais:** os resultados apontam aspectos priorizados pelos idosos na experiência de um cuidado conectado e de acordo com as suas necessidades, no contexto brasileiro. Sugere-se ampliar as discussões no tema junto a espaços de formação e ensino para adesão de conceitos às práticas em saúde. As ações propostas pelos profissionais contribuem para o protagonismo da enfermagem no cuidado centrado aos usuários com DCNT, sobretudo idosos, e podem servir de referência a outros profissionais de saúde. Esses achados fornecem subsídios para uma melhor articulação da RAS e para a qualificação da APS enquanto coordenadora do cuidado.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Doença Crônica; Saúde do Idoso; Enfermagem em Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Continuity of care is fundamental for the qualification of assistance, being associated with better user satisfaction and cost and hospital readmissions reduction. It is even more relevant for older adults, as they age and develop chronic health problems. Its understanding, however, is complex, due to its multidimensional nature and for being an aspect experienced by the user. Studies that further explore this phenomenon from the users' experiences are needed to strengthen the continuity of care within the Brazilian health system. The guiding questions of the study were: how is the continuity of care for elderly users with chronic diseases in the health care network? How has been perceived the continuity of care by older people with chronic diseases? **General objective:** to analyze the continuity of care for elderly users with a chronic non-communicable disease assisted in health care network services. **Method:** exploratory study of a qualitative nature guided by the analytical technique of *Grounded Theory*, on a constructivist perspective. The data collection took place from January to December 2021, in two health districts in the city of Porto Alegre/RS. The sample was intentional and totaled 34 participants. Participants were 18 users aged 60 years or older, with at least one diagnosis of chronic noncommunicable disease assisted in more than one health care network service, with those with no communication disability and with a confirmed diagnosis of less than a year were excluded. Eleven health professionals and 5 managers from four Primary Health Care units and specialized care services, with at least six months of experience, also participated in the study. Data were collected through analysis of medical records and semi-structured interviews with users and focus groups with health professionals and managers. Data were analyzed using the software Nvivo, following the initial and focused coding stages and based on the concepts of integration of health systems and services, health network service, continuity and coordination of care. The regulatory guidelines and standards for research in human beings were followed, and ethical appreciation was obtained by CAEE no. 36795320.8.0000.5347 and 36795320.8.3001.5338. The participants authorized their participation by signing the Free and Informed Consent Form. **Results:** seven categories emerged supported by 24 subcategories, integrated by the central category "Experiencing the continuity of care in health care network services". The findings showed that the experience of continuity from the perspective of elderly people with chronic noncommunicable diseases is formed by: ease of access to health network services; access to tests and drug treatments in a timely manner; empathetic and embracing interactions with professionals, bonding and therapeutic relationships; understanding of the disease and of care management involving it, and the exchange of information between professionals and services accessed. The perception of these elements is influenced by approaches to care, collaboration and interprofessional work, and organization of services. Difficulties in daily life were evidenced, which reflect the fragmentation of care. Thus, the experience of continuity occurs as users "Connect the fragments of their care", going through the health care network service points in the scope of their needs and recognizing themselves as protagonists of their care. Potentialities for continuity and practical implications for care were identified, with actions and strategies that can be implemented by teams and services being proposed. **Final considerations:** the results indicate aspects prioritized by the elderly in the experience of a connected care that meets their needs, in the Brazilian context. It is suggested to expand discussions on the subject in training and teaching settings with the aim of incorporating the concepts into health care practices. The actions proposed by the professionals contribute to the protagonism of nursing in care centered on users with chronic noncommunicable diseases, especially the elderly, and can be a reference for other health professionals. These findings provide subsidies for a better articulation of the health care network and for the qualification of primary health care as a care coordinator.

Descriptors: Continuity of Patient care; Comprehensive Health Care; Chronic Disease; Health of the Elderly; Public Health Nursing.

RESUMEN

Introducción: La continuidad de la atención es fundamental para la calificación de la asistencia, siendo asociada a la mejor satisfacción del usuario, reducción de costos y readmisiones hospitalarias. Es aún más relevante para las personas mayores, a medida que envejecen y desarrollan problemas de salud crónicos. Su comprensión, sin embargo, es compleja, por su carácter multidimensional y por tratarse de un aspecto experimentado por el usuario. Son necesarios estudios que exploren más este fenómeno a partir de las experiencias de los usuarios para fortalecer la continuidad de la atención en el sistema de salud brasileño. Las preguntas orientadoras del estudio fueron: ¿cómo se da la continuidad asistencial de los usuarios mayores con enfermedades crónicas en la red de atención a la salud? ¿Cómo han percibido los ancianos con enfermedades crónicas la continuidad asistencial? **Objetivo general:** analizar la continuidad de la atención a los usuarios ancianos con enfermedad crónica no transmisible atendidos en los servicios de la red de atención a la salud. **Método:** estudio exploratorio de carácter cualitativo guiado por la técnica analítica denominada *Teoría fundamentada*, desde la perspectiva constructivista. La colecta ocurrió de enero a diciembre de 2021, en dos distritos de salud de la ciudad de Porto Alegre/RS. La muestra fue intencional y totalizó 34 participantes. Participaron 18 usuarios de 60 años o más, con al menos un diagnóstico de enfermedad crónica no transmisible, atendidos en más de un servicio de atención a la salud, excluyendo aquellos con alguna discapacidad comunicativa y con diagnóstico confirmado hace menos de un año. También participaron 11 profesionales de la salud y 5 gestores de cuatro unidades de Atención Primaria de Salud y servicios de atención especializada, con al menos seis meses de experiencia. Los datos fueron recolectados a través de análisis de historias clínicas y entrevistas semiestructuradas con usuarios y grupos focales con profesionales y gestores de salud. Los datos fueron analizados mediante el software Nvivo, siguiendo las etapas de codificación inicial y focalizada y con base en los conceptos de integración de sistemas y servicios de salud, red de atención a la salud, continuidad y coordinación de la atención. Se observaron los lineamientos y normas reglamentarias para la investigación en seres humanos y se obtuvo apreciación ética por CAEE nº 36795320.8.0000.5347 y 36795320.8.3001.5338. Los participantes autorizaron su participación mediante la firma del Consentimiento Libre, Prévio e Informado. **Resultados:** Emergieron siete categorías apoyadas en 24 subcategorías, integradas por la categoría central “Experimentando la continuidad del cuidado en la red de atención a la salud”. Los hallazgos mostraron que la experiencia de continuidad en la perspectiva de las personas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles está formada por: facilidad de acceso a los servicios de la red de atención a la salud; acceso a pruebas y tratamientos farmacológicos en tiempo y forma; interacciones empáticas y acogedoras con profesionales, vinculación y relaciones terapéuticas; la comprensión de la enfermedad y la gestión de los cuidados que la involucran, y el intercambio de información entre los profesionales y los servicios a los que se acceden. La percepción de estos elementos está influenciada por los enfoques asistenciales, la colaboración y el trabajo interprofesional y la organización de los servicios. Se evidenciaron dificultades en el cotidiano, que reflejan la fragmentación del cuidado. Así, la experiencia de continuidad ocurre en la medida en que los usuarios “Conectan los fragmentos de su cuidado”, recorriendo los puntos de la red de atención a la salud en el ámbito de sus necesidades y reconociéndose como protagonistas de su cuidado. Se identificaron potencialidades de continuidad e implicaciones prácticas para el cuidado, proponiendo acciones y estrategias que pueden ser implementadas por equipos y servicios. **Consideraciones finales:** los resultados indican aspectos priorizados por los ancianos en la experiencia del cuidado conectado y de acuerdo con sus necesidades, en el contexto brasileño. Se sugiere ampliar las discusiones sobre el tema junto con espacios de formación y enseñanza para la adhesión de los conceptos a las prácticas de salud. Las acciones propuestas

por los profesionales contribuyen para el protagonismo de la enfermería en el cuidado centrado en los usuarios con enfermedad crónica no transmisible, especialmente los ancianos, y pueden servir como referencia para otros profesionales de la salud. Estos hallazgos aportan subsidios para una mejor articulación de la red de atención a la salud y para la calificación de la atención primaria a la salud como coordinadora del cuidado.

Descriptores: Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Integral de la Salud; Enfermedad Crónica; Salud del Anciano; Enfermería en Salud Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Perspectivas que moldam o cuidado integrado.....	31
Figura 2 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	45
Figura 3 – Distritos Sanitário de POA.....	50
Figura 4 – Nova configuração das GD para CS.....	51
Figura 5 – Organização dos assentos em forma circular.....	65
Figura 6 – Mesa de recepção com <i>coffee-break</i>	65
Figura 7 – Dinâmica de apresentação dos participantes do GF.....	67
Figura 8 – Recorte da codificação inicial realizada no software NVivo®.....	71
Figura 9 - Recorte da codificação focalizada realizada no NVivo®.....	72
Figura 10 – Exemplo de diagrama elaborado durante a análise dos dados no NVivo®.	75
Figura 11 – Esquema ilustrativo sobre a experiência de continuidade do cuidado na RAS.	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde e suas descrições.....	36
Quadro 2 – Lista das doenças crônicas incluídas no estudo e CID-10.....	56
Quadro 3 –Unidades e número de usuários elegíveis identificados no Gercon.....	57
Quadro 4 – Síntese das etapas de coleta de dados.....	59
Quadro 5 – Planejamento dos GFs.....	62
Quadro 6 - Síntese do guia de temas e momentos-chave dos grupos focais	66
Quadro 7– Exemplos de memorandos redigidos durante a pesquisa.....	72
Quadro 8 – Apresentação das categorias e subcategorias do estudo.....	81
Quadro 9 – Ações e estratégias adotadas para a continuidade do cuidado.....	115
Quadro 10 – Estratégias potenciais para a garantia e fortalecimento da continuidade do cuidado.....	120

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa etária / Distrito Sanitário.....	51
Tabela 2 – Índice de Envelhecimento por Distrito Sanitário.....	52
Tabela 3 – Caracterização dos usuários idosos com DCNT atendidos na RAS.....	78
Tabela 4 – Caracterização dos profissionais e gestores dos GF.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AH - Atenção Hospitalar
APS - Atenção Primária à Saúde
AVE - Acidente Vascular Encefálico
CAEE - Certificados de Apresentação de Apreciação Ética
CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde Mental
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CEO - Centro de Especialidades Odontológicas
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COMPESQ - Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
CRTB - Centro de Referência de Tuberculose
CS - Coordenadoria de Saúde
DCNT - Doença Crônica Não-Transmissível
DM - Diabetes Mellitus
DS - Distrito Sanitário
EAP - Equipes de Atenção Primária
ESB - Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GD - Gerência Distrital
GESC - Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
GF - Grupo Focal
GHC - Grupo Hospitalar Conceição
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM - Infarto Agudo do Miocárdio
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PMPA - Prefeitura Municipal de Porto Alegre
POA - Porto Alegre
PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPDC - Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RH - Recursos Humanos
RS - Rio Grande do Sul
SAE - Serviço de Atenção Especializada
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD - Teoria Fundamentada nos Dados
TFDC - Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA - Unidade de Pronto-Atendimento
USF - Unidades de Saúde da Família
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos	29
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
3.1 Integração de sistemas e serviços de saúde: repensando às práticas em saúde.....	30
3.2 A Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil	34
3.2.1 Elementos constitutivos das Redes da Atenção à Saúde.....	35
3.2.2 Fragilidades e potencialidades	36
3.3 Continuidade do cuidado e coordenação do cuidado: conceitos e experiências...	38
3.4 Envelhecimento e doenças crônicas não-transmissíveis: desafios e estratégias de enfrentamento.....	42
4 MÉTODO	46
4.1 Tipo de estudo	46
4.2 Campo de estudo	48
4.3 Participantes do estudo.....	55
4.3.1 Etapas para a seleção dos participantes.....	55
4.3.2 Convites aos profissionais e gestores.....	58
4.4 Coleta de dados	59
4.4.1 Análise dos prontuários e entrevistas semiestruturadas	60
4.4.2 Grupos focais	62
4.4.2.1 Operacionalização dos encontros	66
4.5 Análise de dados	69
4.6 Considerações Éticas.....	76
5 RESULTADOS	78

5.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	78
5.2 Análise da continuidade do cuidado em idosos com DCNT na RAS	81
5.2.1 Iniciando um acompanhamento de saúde na RAS.....	82
5.2.2. Reconhecendo cuidados contínuos no seu acompanhamento.....	87
5.2.3 Estabelecendo uma relação terapêutica com os profissionais envolvidos no seu cuidado	90
5.2.4 Compreendendo a DCNT e aprendendo a lidar com ela.....	94
5.2.5 Gerenciando o cuidado do idoso com DCNT	97
5.2.6 Reconhecendo fragilidades e fragmentação da assistência.....	101
5.2.7. Conectando os fragmentos do seu cuidado pela RAS.....	112
5.3 Ações e estratégias adotadas no cotidiano assistencial para a continuidade do cuidado	115
6 DISCUSSÃO.....	126
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS.....	146
APÊNDICE A - CONVITE AOS PROFISSIONAIS PARA O GRUPO FOCAL	158
APÊNDICE B - Roteiro para análise de prontuários.....	159
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários entrevistados.....	160
APÊNDICE D – Dados de caracterização dos idosos e roteiro para entrevista	162
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de saúde e gestores	164
APÊNDICE F – Dados de caracterização profissionais e gestores participantes do grupo focal	166
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	167
ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS	180

APRESENTAÇÃO

A realização deste estudo foi motivada por uma série de vivências em minha trajetória profissional e acadêmica. Ainda no curso de graduação, enquanto bolsista de iniciação científica, tive a oportunidade de atuar em um projeto de pesquisa que tinha o objetivo de desenvolver um referencial sobre competências profissionais para o atendimento de pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde, o qual estava inserido em um projeto maior, denominado “*Envelhecimento saudável no sul do Brasil: enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para profissionais de saúde e pessoas idosas*”. Naquela ocasião, já despertava em mim o interesse sobre como prestar um cuidado qualificado com um olhar atento ao processo de envelhecimento, presente em todos os ciclos de vida.

Ao término da graduação em Enfermagem, logo ingressei no curso de mestrado, em 2013. As vivências em um serviço de emergência e a inserção no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), que na ocasião vinha se dedicando aos estudos de avaliação dos serviços de atendimento às urgências, levaram-me a estudar sobre os aspectos necessários para um atendimento mais “amigável” às pessoas idosas nos serviços de emergência, pois percebia além da fragilidade, as dificuldades no atendimento e cuidado a esses usuários, e o quanto profissionais ainda necessitavam ampliar seus conhecimentos acerca do envelhecimento para oferecer melhor suporte a essa população. Durante o mestrado, comecei também a atuar como enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Porto Alegre (POA), na assistência à saúde da família e na coordenação de serviços. Com o estudo desenvolvido no mestrado, evidenciou-se a necessidade de estímulo e fortalecimento de processos que envolvessem o suporte ao idoso e sua família na transição do cuidado, para superar as fragilidades na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), que observava, em minha prática, como desarticulada. Para isso, já entendia que uma ferramenta efetiva para esse processo era a comunicação entre os serviços.

Enquanto seguia como enfermeira na APS e inserida no GESC, comecei a me interessar mais na temática da transição do cuidado, do hospital para o domicílio, e a me preparar para o ingresso no Curso de Doutorado em Enfermagem. Com esta motivação, iniciei os estudos enquanto aluna de doutorado. Porém, conforme atuava na assistência de usuários e comunidades na APS do SUS, deparava-me cada vez mais com situações de falhas na articulação entre os serviços e diversas experiências de (des)continuidade do cuidado aos usuários, em especial aqueles com doenças crônicas de saúde e idosos. Parecia cada vez mais claro, para mim, que a falta de continuidade da assistência a esses usuários era um reflexo de processos de trabalho

estruturados em demandas agudas e espontâneas, somadas à falta de certos recursos, de fluxos bem estabelecidos e de colaboração entre os profissionais e serviços. Essas experiências e percepções, além do interesse em buscar estratégias que promovessem a continuidade do cuidado e o fortalecimento entre os serviços da rede de atenção, foram me conduzindo na proposta deste estudo.

Este estudo integra o projeto maior do GESC intitulado: “*Integração de sistemas e serviços de saúde: análise da coordenação das redes de atenção, transição do cuidado e segurança do paciente*”, inserido na linha de pesquisa “Enfermagem e Saúde Coletiva”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-UFRGS).

1 INTRODUÇÃO

Dentre os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, destacam-se o rápido envelhecimento populacional e as mudanças do perfil epidemiológico, com uma elevada carga de doenças crônicas e preveníveis, que requerem múltiplas e complexas intervenções, crescendo continuamente (MENDES, 2015; WHO, 2018a).

De acordo com as Nações Unidas, projeta-se que entre os anos 1990 a 2050, a proporção da população global de 65 anos ou mais passará de 6% para 16%, e o seu número absoluto aumentará de 703 milhões, em 2019, para 1,5 bilhões em 2050 (UNITED NATIONS, 2019). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a velocidade do envelhecimento da população é ainda maior que a de países desenvolvidos (VERAS, OLIVEIRA, 2018). No Brasil, estima-se que a população idosa irá triplicar em 40 anos, passando de cerca de 20 milhões no ano de 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050 (IBGE, 2018).

As condições crônicas de saúde, principalmente as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs), são consideradas as principais causas de morbimortalidade no mundo, e exigem respostas e ações contínuas e integradas dos serviços de saúde, correspondendo a um grande desafio para os sistemas de saúde. O enfrentamento das DCNT está alinhado às metas para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na saúde (WHO, 2018a; BRASIL 2021). Em pessoas idosas, as DCNTs representam alta mortalidade, além de serem responsáveis pela piora dos graus de incapacidade que comprometem hábitos de vida, bem-estar e relações econômicas do país, e provocam desafios importantes para os sistemas de saúde e organização dos processos de trabalho em saúde. Por este motivo, investimentos na prevenção e controle de DCNTs são de importante impacto na saúde, bem como no desenvolvimento econômico e social, principalmente em países de baixa e média renda, onde a carga de DCNTs segue em ascensão e a capacidade dos sistemas de saúde não acompanha esta transição epidemiológica (WHO, 2018a; UNITED NATIONS, 2019).

Sabe-se que a transição demográfica acelerada e a prevalência de condições crônicas levam a demandas de saúde mais complexas pela população e, conseqüentemente, maior utilização dos diferentes serviços de saúde, sobretudo pelos usuários idosos com condições crônicas (VERAS, OLIVEIRA, 2018). Diante desse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem realizando uma chamada global para mudança fundamental de paradigma, estimulando estratégias para sistemas de saúde integrados e centrados nas pessoas. A proposta de sistemas integrados apresenta-se como uma alternativa aos modelos hegemônicos,

caracterizados pela fragmentação da assistência, atuando de forma articulada na resposta às necessidades da população e baseada no fortalecimento da APS (WHO, 2015; WHO 2018b).

Internacionalmente, esforços para melhorar a integração da atenção à saúde desenvolveram-se de muitas formas, alinhadas à premissa de que se o cuidado é melhor integrado para os usuários, melhor a sua eficiência, reduzindo admissões em serviços de emergência e internações hospitalares evitáveis, contribuindo para uma melhor experiência pelos usuários e para melhoria da qualidade do cuidado, especialmente naqueles com condições crônicas (SUTER et al., 2017; WHO, 2018a; MIDDLETON, 2019). Apesar de existirem experiências promissoras, a fragmentação dos sistemas de saúde permanece uma problemática e desafio para a resolução de necessidades de saúde complexas, como as DCNT, centradas nas pessoas (BARRENHO et al., 2022).

No contexto nacional, observa-se ainda um descompasso entre o aumento das condições crônicas de saúde e processos de trabalho e gestão com enfoque nas condições agudas ou crônico-agudizadas (MENDES, 2018; OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018;). Os modelos de atenção nos quais ações e serviços organizam-se de maneira pouco articulada, e com ênfase nas ações curativas e oferta de serviços, apresentam altos custos, baixo impacto e acesso limitado. Para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, e para qualificar a gestão do cuidado, foram estabelecidas diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). A RAS é caracterizada pelo estabelecimento de relações horizontais entre os pontos de atenção, considerando a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (MENDES, 2015).

Quanto maior o número de profissionais e serviços envolvidos na atenção e resolução de problemas de saúde, maior é o nível de coordenação exigido (UTZUMI et al., 2018). A coordenação de cuidados é um processo que visa garantir a oferta integral de ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção, por meio de planejamento e assistência multiprofissional, com mecanismos e instrumentos que definem fluxos na rede, trocam informações sobre usuários e seus atendimentos, referenciam e contra referenciam a fim de monitorar as demandas de saúde, favorecendo a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (ALELUIA et al., 2017). A coordenação se dá, portanto, na conformação de redes dinâmicas, requer cooperação entre os diferentes atores e serviços envolvidos e processos adequados de transição do cuidado (ALMEIDA et al., 2018).

Ao transitar entre diferentes serviços, quando apresentam problemas de saúde, os usuários ficam vulneráveis a experiências de falhas na continuidade assistencial, principalmente na transição do hospital para o domicílio (MENDES et al., 2017; LE BERRE et al., 2017). A

fragilidade ou ausência de ações de transição e processos adequados de coordenação do cuidado, que envolvam informações fidedignas, articulação entre serviços, planejamento de alta com envolvimento e educação ao paciente e sua rede de apoio, podem levar a falhas na continuidade assistencial (POLISAITIS, MALIK; 2019; COSTA et al., 2020). A descontinuidade do cuidado pode acarretar riscos à saúde dos usuários, gerar desfechos negativos, readmissões hospitalares, duplicidade de condutas, levando também a gastos em saúde evitáveis. Em pessoas idosas, isso pode ocorrer de forma ainda mais evidente, quando encontram dificuldades no acesso aos serviços e nos deslocamentos pelas redes de atenção, tornando qualquer empecilho um motivo para interrupção da assistência (POLISAITIS, MALIK; 2019; VALAKER et al., 2020; BARRENHO et al., 2022;).

A continuidade do cuidado é considerada fundamental para a qualificação da assistência, estando associada à melhor satisfação dos usuários, redução de custos e de readmissões hospitalares, pois envolve relações interpessoais terapêuticas com profissionais de saúde, compartilhamento de informações e planos de cuidado, e comunicação efetiva entre equipes e serviços de saúde. Torna-se ainda mais relevante para os usuários idosos, conforme envelhecem e desenvolvem problemas crônicos de saúde (DEENY et al., 2017; MENDES et al., 2017; FORSTNER et al., 2019; NICOLET et al., 2022).

Nesse contexto, estudos sobre a continuidade do cuidado têm despertado interesse em âmbito nacional e internacional. Seu conceito, no entanto, é complexo, pelo seu caráter multidimensional e por ser um aspecto experienciado pelo usuário (UTZUMI et al., 2018). Ainda, observa-se que, embora intimamente relacionados, há certa confusão quanto à distinção dos termos continuidade, coordenação e integração, o que pode dificultar a sua compreensão e adesão por parte dos profissionais (SANTOS et al., 2022).

Uma publicação recente sobre estratégias de serviços integrados e centrados nos indivíduos traz o conceito de continuidade do cuidado como o grau em que uma série de eventos de saúde é experienciada por pessoas como coerentes e interligados ao longo do tempo, compatíveis com as suas necessidades de saúde e preferências (WHO, 2018b). Assim, a continuidade do cuidado diferencia-se de práticas ou atributos, e fundamenta-se no cuidado individual ao longo do tempo, em como os usuários experimentam a integração dos serviços e a coordenação do cuidado, enquanto a coordenação abrange a colaboração entre profissionais e serviços (SANTOS et al., 2022).

Estudos de elaboração e validação de instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar diferentes dimensões de continuidade, como interpessoal, gerencial, informacional e longitudinal (UIJEN et al., 2011; HAGGERTY et al., 2012; GARCIA-SUBIRATS et al., 2015;

HETLEVIK et al., 2017; VALAKER et al., 2019). Entretanto, são poucos os instrumentos que avaliam a continuidade do cuidado como um todo e que contemplam todas as suas dimensões.

O *Cuestionario Continuidad Asistencial Entre Niveles de Atención* (CCAENA), instrumento desenvolvido na Espanha, posteriormente adaptado em conteúdo e idioma para o Brasil como CCAENA-BR (GARCIA-SUBIRATS et al., 2015), é utilizado com a perspectiva dos usuários, no entanto, volta-se para os atendimentos médicos e/ou especialistas. Cabe lembrar que a assistência ofertada de maneira interprofissional é um dos princípios para o cuidado integrado e para melhor efetivação das redes de atenção (SUTER et al., 2017; WHO, 2015). Considerando a atuação multiprofissional e intersetorial da RAS, observa-se uma importante lacuna acerca da avaliação e análise abrangente da continuidade do cuidado no âmbito do SUS, tendo em vista seu aspecto multidimensional e, principalmente, a partir das experiências dos usuários, para subsidiar novas práticas e um cuidado integral.

Verifica-se na literatura brasileira uma escassez de estudos na temática da continuidade do cuidado, apesar da sua relevância. Há um aumento de estudos desenvolvidos no tema a partir de 2013, dois anos após o estabelecimento da RAS no SUS. No entanto, foi observado que a maioria desses estudos trazem a continuidade como um desfecho esperado em saúde, e não como objeto de pesquisa (CECHINEL-PEITER et al., 2021). Desta forma, os estudos voltam-se mais para perspectiva profissional e práticas de coordenação do cuidado que favoreçam a continuidade, nas quais enfermeiros desempenham papel fundamental (ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017; BOUSQUAT et al., 2017; RIBAS et al., 2018; COSTA et al., 2020; BERNARDINO et al., 2021; GALLO et al., 2022).

Mesmo com a crescente produção de estudos, permanecem muitos desafios para sua efetivação nas práticas em saúde, como a falta de integração dos sistemas de registros entre os níveis de atenção, que dificultam a continuidade da informação, a clareza e disponibilização de plano de cuidados por escrito aos usuários, a falta de comunicação e colaboração entre os serviços e compreensão dos fluxos assistenciais na RAS, entre outros (ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017; BOUSQUAT et al., 2017; MAURO, CUCOLO, PERROCA, 2019;). Superar esses desafios significa melhorar a segurança aos usuários, reduzindo os riscos à saúde, e a qualidade dos cuidados. Na APS, a ocorrência de incidentes no cuidado aos usuários pode estar relacionada a diferentes tipos de erros, no entanto, as falhas de comunicação são apontadas como o principal fator contribuinte para sua ocorrência (MARCHON, MENDES JR, PAVÃO, 2015).

A continuidade relaciona-se ao acompanhamento multiprofissional ao longo do tempo, não sendo restrito à APS, mas caracteriza-se na articulação em RAS e se fortalece com a

coordenação do cuidado (HADDAD, JORGE, 2018). Contudo, tal articulação ainda é frágil, refletindo em cuidados fragmentados e pouco resolutivos.

Diante desse cenário, a literatura aponta a necessidade de estudos que explorem mais esse fenômeno, ampliando os conhecimentos principalmente a partir das experiências dos usuários, para que se ofereça um cuidado integrado e contínuo, para qualificação das práticas em saúde e fortalecimento da continuidade da assistência na RAS, reforçando a relevância desta pesquisa. A pesquisadora, em sua atuação profissional como enfermeira na APS do SUS no município de POA (RS), observou diversas experiências de falhas na continuidade assistencial dos usuários, em especial aqueles com doenças crônicas de saúde, as quais motivaram a escolha do objeto de pesquisa.

Frente a essas experiências e à necessidade de esforços para melhorar a integração do cuidado, centrado nos usuários, despertam-se inquietações sobre como estes experimentam a continuidade em seus cuidados e quais ações podem qualificar a continuidade da assistência. Para isso, faz-se necessário valorizar e conhecer as percepções dos indivíduos envolvidos nesse processo. O presente estudo propõe-se a aprofundar esses aspectos, tendo como questões norteadoras: *como se dá a continuidade do cuidado a usuários idosos com doenças crônicas na RAS? Como tem sido percebida a continuidade do cuidado pelas pessoas idosas com doenças crônicas?*

Defende-se a tese de que a experiência de continuidade na perspectiva de usuários idosos com DCNT é formada por diferentes aspectos, que envolvem a facilidade de acesso a atendimentos nos serviços da RAS; o acesso a exames e tratamentos medicamentosos em tempo oportuno, as relações estabelecidas com os profissionais, por meio de interações empáticas e acolhedoras; a compreensão da sua doença e gerenciamento dos cuidados que a envolvem, e a troca de informações entre os profissionais e serviços acessados. A percepção desses elementos é influenciada por abordagens de cuidado, pela colaboração interprofissional e pela organização dos serviços. Diante de limitações e fragmentação da assistência, a experiência ou percepção de continuidade se dá conforme os usuários vão preenchendo as lacunas dos cuidados, percorrendo os pontos da RAS no alcance das suas necessidades e reconhecendo-se como protagonistas do seu cuidado.

Espera-se, por meio deste estudo, oferecer maiores subsídios a enfermeiros e demais profissionais de saúde para direcionar ações e estratégias no cotidiano de cuidados que possibilitem uma atenção coordenada e contínua às pessoas idosas com DCNT's na RAS. A enfermagem cumpre papel essencial nesses serviços, estando à linha de frente nos atendimentos e na articulação dos cuidados, conforme a necessidade dos usuários. A produção de novos

conhecimentos na temática, ainda escassos no Brasil, poderá contribuir para a transformação das práticas e fortalecimento da articulação entre os serviços da RAS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da Rede de Atenção à Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as percepções dos usuários idosos com doenças crônicas não transmissíveis, no atendimento da Rede de Atenção à Saúde sobre a continuidade do cuidado;
- Descrever a compreensão de profissionais e gestores de saúde sobre a continuidade da atenção aos usuários idosos com doenças crônicas não transmissíveis;
- Identificar as principais potencialidades e dificuldades para a continuidade assistencial;
- Identificar ações e estratégias utilizadas pelos serviços para a continuidade do cuidado.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a fundamentação teórica da investigação, serão exploradas as principais evidências da literatura, abordando os seguintes tópicos: 1) Integração de sistemas e serviços de saúde: repensando às práticas em saúde; 2) A Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil: fragilidades e potencialidades; 3) Continuidade do cuidado e coordenação do cuidado: conceitos e experiências; 4) Envelhecimento e doenças crônicas não-transmissíveis: desafios e estratégias de enfrentamento.

3.1 Integração de sistemas e serviços de saúde: repensando às práticas em saúde

Os sistemas de saúde vêm enfrentando desafios crescentes diante do envelhecimento populacional e o aumento da carga de condições crônicas de saúde, em âmbito mundial. Experiências demonstram que modelos de atenção nos quais ações e serviços de saúde organizam-se de maneira fragmentada e pouco articulada levam a dificuldades no acesso, baixa qualidade técnica, uso ineficiente de recursos, maiores gastos e menor satisfação dos usuários com os atendimentos recebidos. Nesses cenários, uma abordagem de saúde integrada e centrada nas pessoas torna-se urgentemente necessária para superar a fragmentação do cuidado e para torná-lo mais efetivo e sustentável (WHO, 2015; THAM et al., 2018; FARMANOVA, BAKER, COHEN, 2019).

Serviços integrados são aqueles gerenciados e ofertados aos usuários de maneira que garantam o recebimento de um *continuum* de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos, nos diferentes níveis e setores de cuidado, de acordo com suas necessidades ao longo do tempo (WHO, 2015).

Em uma revisão de escopo sobre modelos de cuidados integrados, no entanto, destaca-se que não há na literatura definição única acerca do conceito de integração, devido à sua natureza diversa (WHO, 2016b). Isto é, as perspectivas que constroem o conceito tendem a ser moldadas pelas visões e expectativas de múltiplos atores envolvidos no sistema de saúde, conforme se observa na Figura 1.

Figura 1 - Perspectivas que moldam o cuidado integrado.



Fonte: adaptado de WHO, 2016b.

Na literatura destacam-se três definições principais, dentre a variedade de perspectivas e conceitos acerca do cuidado integrado. Uma delas, utilizada principalmente por governantes, baseia-se em processos, com o intuito de compreender os diferentes componentes do cuidado integrado:

Integração é um coerente conjunto de métodos e modelos nos setores de financiamento, administração, organização, prestação de serviços e níveis clínicos, projetados para criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro dos setores de cuidados em saúde. O objetivo desses modelos e métodos é melhorar a qualidade do cuidado e a qualidade de vida, a satisfação do consumidor e a eficiência do sistema para as pessoas, abrangendo múltiplos serviços, provedores e configurações. Onde o resultado desses esforços multifacetados para promover a integração leva a benefícios para as pessoas, esse resultado pode ser chamado de *cuidado integrado* (WHO, 2016b, p.03).

Essa definição, apesar de limitada ao escopo da atenção em saúde, insere a integração do cuidado nos aspectos relativos à complexidade da coordenação dos cuidados e à longitudinalidade, e ainda distingue a “integração” como o processo no qual os profissionais e serviços de saúde se organizam, e o “cuidado integrado” compreendido como o resultado experimentado pelos usuários nesse processo (WHO, 2016b).

Outra definição descrita adota a perspectiva de sistemas de saúde e utiliza o termo “oferta de serviços integrados de saúde” (*integrated health services delivery*). Trata-se de uma

abordagem para fortalecer os sistemas de saúde com foco nas pessoas, por meio da promoção de uma oferta abrangente de serviços com qualidade ao longo da vida, projetada de acordo com as diferentes necessidades da população e indivíduos, e prestada por meio da coordenação de equipes multidisciplinares de saúde nos diferentes níveis e setores de atendimento (WHO, 2016c). Essa perspectiva reconhece que o cuidado integrado é obtido através de mudanças efetivas de gerenciamento e alinhamento das funções do sistema de saúde.

Ainda, encontra-se na literatura uma definição liderada e determinada pela perspectiva de usuários, que foi resultante de um longo processo de consultoria chamado “National Voices”, um grupo de representação dos pacientes. Atualmente é empregada pelo governo da Inglaterra como parte de uma narrativa central para estruturar suas estratégias de integração, e considera cuidado integrado aquele em que: “Posso planejar meu cuidado com pessoas que trabalham juntas para entender a mim e ao(s) meu(s) cuidador(es), que me permitem controle, que coordenam e prestam serviços para alcançar resultados importantes para mim” (National Voices, 2013).

Diante de diferentes perspectivas e definições que possam ser encontradas na literatura, Goodwin (2016) destaca que a tendência para as definições estruturais, organizacionais, ou com foco apenas na integração como gerenciamento de recursos deve ser evitada. Ao invés disso, defende a sustentação de definições “centradas nas pessoas” com o objetivo principal de “cuidar”, pois assim o “cuidado integrado” é compreendido quanto aos seus objetivos e em como avaliar o seu sucesso (GOODWIN, 2016).

Suter et al (2009) identificaram dez princípios fundamentais para a integração de sistemas de saúde:

- Oferta de serviços de saúde abrangentes em todo continuum de cuidados e diferentes níveis de atenção à população atendida;
- Foco no paciente e nas necessidades da população atendida, valorizando suas demandas, reorganizando processos de trabalho e facilitando seu acesso entre os serviços, para maior satisfação dos usuários e melhores resultados em saúde;
- Cobertura geográfica com território definido, maximizando o acesso e evitando a duplicação de serviços e ações;
- Prestação de cuidados padronizados por equipes interprofissionais, buscando padrões de eficiência e utilizando protocolos baseados em evidências;
- Gestão de desempenho, por meio de sistemas de avaliação sistemáticos com uma abordagem estruturada para análise de problemas de desempenho e utilização de indicadores para monitoramento de resultados, visando a melhoria da qualidade;

- Utilização de sistemas de informação integrados, que aprimoram a comunicação entre os profissionais e o fluxo de informações disponíveis nos diferentes serviços de um sistema de saúde;
- Cultura organizacional e lideranças comprometidas nas equipes de trabalho que promovam novas visões e a missão de integração;
- Integração dos médicos dos diferentes níveis de assistência em atividades de planejamento, implementação e operação nos serviços de saúde;
- Desenvolvimento de estruturas de governança que promovam a coordenação do cuidado entre os pontos de atenção de maneira responsiva e com mecanismos eficazes de responsabilização e tomada de decisão e
- Gestão financeira, com mecanismos de financiamento que permitam reunir fundos entre os serviços.

Alinhados a esses princípios, para a OMS os cuidados em serviços integrados e centrados nas pessoas devem ser: abrangentes; equitativos; sustentáveis; coordenados; contínuos; holísticos; de prevenção; empoderadores; respeitosos; colaborativos; coproduzidos; com direitos e responsabilidades; governados por meio de responsabilidades compartilhadas; baseados em evidências; guiados por todo o sistema e, por fim, éticos (WHO, 2015).

Através de cuidados integrados e centrados nas pessoas, os potenciais benefícios a serem obtidos vão além das experiências individuais nos serviços de saúde, podendo alcançar amplos benefícios às sociedades, com reorientação das práticas para modelos que enfocam a coprodução de cuidados por usuários, comunidades e trabalhadores (FARMANOVA et al., 2019).

Para isso, a OMS (2015) propõe cinco direções estratégicas que irão influenciar em diferentes níveis: 1) o empoderamento e engajamento das pessoas, oferecendo oportunidades e recursos para que possam tomar decisões seguras sobre sua saúde; 2) o fortalecimento da governança e prestação de contas, por meio de transparência na tomada de decisões, definição de responsabilidades coletivas entre profissionais e gestores, alinhando responsabilidades e incentivos; 3) a reorientação do modelo de cuidado, com foco na atenção primária, na coprodução de saúde e estratégias de promoção e prevenção por meio de ações intersetoriais em nível comunitário; 4) a coordenação de cuidados, conforme as necessidades das pessoas, em todos os níveis de cuidado, e promoção de integração entre os diferentes profissionais de saúde para superar a fragmentação de cuidados e possibilitar redes de atenção efetivas; e - para que as quatro estratégias anteriores se tornem uma realidade - 5) a promoção de ambientes favoráveis, reunindo as diferentes partes interessadas em alcançar mudanças transformacionais, o que

envolveria um complexo conjunto de mudanças em processos de estruturas legislativas, financeiras, força de trabalho e de políticas públicas.

3.2 A Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil

A reorientação das práticas com foco na APS e a coordenação das redes de atenção tem sido considerada estratégia essencial para os desafios contemporâneos, de necessidades complexas e fragmentação dos sistemas de saúde no mundo, incluindo o SUS. A Organização Panamericana em Saúde (OPAS) vem estimulando o debate sobre as RAS coordenadas pela APS (OPAS, 2010; OPAS 2011).

Nesse contexto, Mendes (2015) faz reflexões sobre diferentes interpretações acerca de qual APS se quer construir. De forma mais restrita, existe a compreensão de APS como programa destinado às populações e regiões mais vulneráveis, no qual se ofertam algumas tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidade de acesso a tecnologias mais densas. Há também a interpretação de APS como porta de entrada do sistema, o nível primário, com resolução dos problemas de saúde mais comuns; ou, ainda, uma perspectiva mais ampla de APS como estratégia de organização do sistema, a qual atende as necessidades e demandas de uma população de maneira adequada e singular, o que implica abrigá-la na construção de RAS.

Nessa perspectiva, é necessário que a APS esteja capacitada a desempenhar adequadamente suas funções para coordenar redes de atenção, sendo elas: a resolutividade de 90% dos problemas de saúde mais comuns; ordenar informações e fluxos de pessoas ao longo das redes, e a responsabilização pela saúde da população usuária adstrita nas RAS (MENDES, 2015).

As RAS são organizações poliárquicas que formam um arranjo de serviços atuantes de forma cooperativa e interdependente, por meio de uma atenção contínua e integral a determinada população, e prestada de maneira oportuna, no tempo e lugar certos, com eficiência e segurança, sob coordenação da APS. Apresentam missão e objetivos em comum, de qualificar a assistência, a qualidade de vida de usuários, melhorar resultados sanitários em saúde e a utilização eficiente de recursos do sistema, com equidade (MENDES, 2015).

Sua concepção poliárquica, substitui a concepção da hierarquia piramidal, diferenciando-se em densidades tecnológicas de cada nível de atenção – atenção básica (AB), média e alta complexidade (MENDES, 2011; MENDES, 2015). As RAS se estabelecem, então, por relações horizontais, nas quais todos os pontos de atenção são igualmente importantes para promover a integração sistêmica e a continuidade dos cuidados, porém, seu êxito decorre da efetividade da

APS, por meio de seus atributos de resolutividade, responsabilização e coordenação (BRASIL, 2010; COSTA, CAZOLA, TAMAKI, 2016).

Desde a criação do SUS já se discutiam estratégias para melhorar a organização dos serviços por meio de redes, com diversos conceitos e noções, porém somente em 2010 concretizou-se a sua regulamentação (AMARAL, BOSI, 2016). No Brasil, a RAS foi estabelecida no SUS por meio de dois instrumentos jurídicos, a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), conforme mencionada anteriormente, e o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90. O decreto presidencial, no art.7º estabelece que “As RAS estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”, definindo como portas de entrada os serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e outros de acesso aberto. Destaca, ainda, no art. 20º que “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a).

3.2.1 Elementos constitutivos das Redes da Atenção à Saúde

As RAS são constituídas por três elementos essenciais: população e regiões de saúde, estrutura operacional e modelos de atenção (MENDES, 2015).

O primeiro elemento é uma população adstrita estabelecida sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A população deve ser conhecida e estratificada em subpopulações por riscos socio sanitários e organizada em grupos familiares que habitam os territórios. Mendes (2015) destaca que o conhecimento profundo da população usuária é pressuposto básico para romper com a gestão baseada na oferta em direção a uma gestão de base populacional, isto é, que atenda às necessidades de sua população.

O segundo elemento é a estrutura operacional composta pelos nós das redes e as ligações que os comunicam. É formada pelo centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança da rede de atenção à saúde, conforme apresentado no Quadro 1.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde, diferenciados em modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas. São os sistemas lógicos que articulam o funcionamento das RAS, as relações entre componentes e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos a partir da análise situacional e de determinantes sociais de saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2015).

Quadro 1 - Componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas descrições. Porto Alegre, 2020.

Componente	Descrição
Centro de comunicação	Exerce a coordenação do cuidado, situado na APS.
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	Compõem serviços que ofertam atenção especializada, ambulatorial e hospitalar.
Sistemas de apoio	Sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde.
Sistemas logísticos	Compõem registros eletrônicos em saúde, como o cartão de identificação e prontuário, os sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde.
Sistema de governança	Define a organização das ações da APS com os demais pontos de atenção.

Fonte: Mendes, 2015 (adaptado).

Diante deste contexto, as RAS estruturam-se para enfrentar algumas condições de saúde ou áreas específicas, conforme as necessidades de saúde. No processo de implantação das RAS como política estruturante no SUS, foram discutidas e pactuadas, entre estados e municípios, redes temáticas prioritárias de atenção, conforme a situação epidemiológica analisada, como: a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

3.2.2 Fragilidades e potencialidades

Sousa e Sousa (2018), em sua revisão de literatura sobre as RAS e seus objetivos, destacam que as redes têm contribuído para a clínica ampliada, para a consolidação de programas e políticas de saúde e para criação de pactos nas três esferas de governo. Além disso, há um reconhecimento geral da APS como aposta central e de importante protagonismo para a transformação e fortalecimento dos sistemas de saúde (OPAS, 2007; OPAS, 2010; OPAS, 2011).

Cecílio e Reis (2018) destacam importantes avanços com a expansão da atenção primária no Brasil durante os últimos anos, desde a firme adoção da Saúde da Família como Programa, em 1994 e, desde 2003, como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e eixo estruturante do SUS, levando à ampliação da cobertura de grandes segmentos da população. Estudos apontam os efeitos positivos da cobertura por ESF na redução de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, evitando hospitalizações desnecessárias e otimizando recursos em saúde (AMORIM et al., 2017; PREVIATO et al., 2017; PINTO JÚNIOR et al., 2018).

Apesar do reconhecimento e adesão conceitual da APS como ordenadora e coordenadora de uma ampla rede de serviços de saúde, capilarizada em territórios, com equipes multiprofissionais preparadas para ofertar um cuidado integral e humanizado em resposta às necessidades de saúde (aos indivíduos, famílias e comunidades), e responsável, ainda, por articular a participação institucionalizada da sociedade no diálogo político, para Cecílio e Reis (2018) trata-se de um projeto de política de saúde “ambicioso”, e que “aparentemente não encontra oponentes”.

Os autores (CECÍLIO E REIS, 2018) criticam o movimento de complexificação crescente, o qual foi agregando mais atribuições e atributos, detalhamentos de um funcionamento ideal de AB - para distanciar da visão mais restrita de APS, como simples e destinada aos mais pobres e vulneráveis; esse movimento causou um efeito paradoxal não previsto, entre a formulação política do ideal e a sua implementação na realidade das equipes produtoras do cuidado, no cotidiano de seus territórios e usuários. O primeiro problema está em não observar a diversidade dos 5.570 municípios brasileiros, suas diferentes carências em equipamentos de saúde e outros recursos, especialmente os municípios de pequeno porte. Além disso, o Ministério da Saúde (MS), operando numa lógica de padronização, embora reconheça a diversidade em um plano discursivo, faz uso de regras de financiamento com forte poder indutor de práticas de saúde locais do Oiapoque ao Chuí, de grandes capitais a pequenos municípios na Amazônia, por exemplo.

Nesse contexto, observa-se importante fragilidade da APS em conseguir assumir, de fato, seu papel de coordenadora do cuidado, como centro de comunicação das RAS e porta de entrada preferencial no sistema (BOUSQUAT et al., 2017; CECÍLIO, REIS, 2018).

Barreto, Souza e Silva (2016) apontam diversas dificuldades que acabam levando à falta de articulação entre os pontos da RAS e à fragmentação do cuidado, como o próprio desconhecimento ou compreensão reduzida dos profissionais de saúde sobre as RAS, a falta de espaços de discussão coletiva e comunicação entre os profissionais (reuniões, capacitações, etc) e as dificuldades no processo de regulação dos serviços de atenção especializada. Ainda, as

condições sanitárias e estruturais dos serviços, caracterizadas por estruturas físicas por vezes precárias, com falta de salas de atendimentos e espaços de acomodação adequada aos usuários, falta de materiais e insumos que comprometem a organização do trabalho das equipes, a falta de profissionais e a falta de articulação com prestadores de serviços de outros setores, como os de coleta de lixo e higienização. Esse somatório de problemas resulta em baixa resolutividade pela APS, comprometendo a organização e operacionalização em rede e potencializando a fragmentação da assistência (BARRETO, SOUZA, SILVA, 2016; BOUSQUAT et al., 2017; CECÍLIO, REIS, 2018).

Outra questão relevante é a do subfinanciamento público e relações público-privadas, na qual os usuários frequentemente percorrem dois subsistemas sem contatos formais entre si, seja para algum exame ou serviço especializado, seja pela carência de planos privados de saúde, restando cada vez mais aos usuários a gestão solitária dos seus cuidados devido às insuficiências mencionadas e à frágil coordenação do cuidado pela APS (BOUSQUAT et al., 2017; CECÍLIO, REIS, 2018).

Por fim, segundo Bousquat e colaboradores (2017), “da mesma forma que não existe RAS sem APS robusta, capaz de coordenar o cuidado, a APS não consegue exercer seu papel sem um sólido arranjo regional e uma articulação virtuosa entre os três entes federados” (p.1152). Para isso, o fortalecimento dos processos microrregulatórios e processos de educação permanente são estratégias possíveis e importantes para potencializar o trabalho das RAS. As possibilidades “reais” residem não somente nas limitações, mas nas potências e na permanente produção de modos de cuidar que resultam da união entre trabalhadores e usuários (CECÍLIO, REIS, 2018).

3.3 Continuidade do cuidado e coordenação do cuidado: conceitos e experiências

A continuidade do cuidado envolve diferentes dimensões e seu conceito vem sendo estudado há décadas (ROGERS, CURTIS, 1980; STARFIELD, 1980; FREEMAN et al., 2001; REID, HAGGERTY, MCKENDRY, 2002; SALISBURY et al., 2009; FREEMAN, HUGHES, 2010; UIJEN et al, 2012). Tem sido considerada um elemento essencial em cuidados primários, junto a outros conceitos relacionados, como integração do cuidado, coordenação do cuidado e cuidado centrado no paciente (STARFIELD, 1980; HAGGERTY et al, 2003; UIJEN et al. 2012).

A definição de continuidade do cuidado modificou ao longo do tempo devido a fatores contextuais, como o crescente número de práticas em grupo, expansão das ciências da saúde e a ascensão da atenção primária (UIJEN et al., 2012).

Uijen e colaboradores (2012) desenvolveram uma extensa revisão da literatura acerca da continuidade e outros conceitos relacionados. Inicialmente, por volta de 1950, seu conceito estava relacionado a uma atitude médica de responsabilidade contínua e solidária pelo paciente, isto é, em ter um profissional de referência para seus cuidados. A partir de 1970, o foco mudou para a relação entre históricos de atendimentos e assistência presente e foco no cuidado coordenado e ininterrupto. Posteriormente, modelos multidimensionais foram introduzidos para definir a continuidade do cuidado e também foi inserida ênfase na sua mensurabilidade. Na década de 1990, sua definição da perspectiva dos indivíduos começou a ser adotada.

A OMS traz o conceito de continuidade do cuidado como o grau em que uma série de eventos de saúde é experienciada por pessoas como coerentes e interligados ao longo do tempo, compatíveis com as suas necessidades de saúde e preferências (WHO, 2018b). É considerado um conceito multidimensional e voltado para a perspectiva dos indivíduos.

O modelo de Haggerty e colaboradores (2003) é o mais empregado nos estudos sobre o tema, o qual estabelece três dimensões de continuidade: informacional, relacional e gerencial. Deeny et al. (2017) revisaram os modelos multidimensionais anteriores e ampliaram para quatro dimensões, incluindo uma dimensão longitudinal (SANTOS et al., 2022). Esse modelo, com as dimensões gerencial, informacional, interpessoal e longitudinal, foi adotado em publicação recente da OMS (WHO, 2018) e também na presente investigação.

A continuidade interpessoal envolve a subjetividade na relação de cuidado entre paciente e profissional de saúde; a continuidade longitudinal refere-se a um histórico de interações com o mesmo profissional em uma série de acontecimentos; a continuidade gerencial traduz-se nos processos de coordenação, na colaboração efetiva entre as equipes e serviços de saúde de diferentes níveis para prestação de um cuidado coeso; por fim, a continuidade informacional trata da disponibilidade de informações clínicas e psicossociais em todos os atendimentos (DEENY et. al, 2017; WHO, 2018b).

Assim, cabe destacar os seguintes aspectos sobre a continuidade: um dos seus elementos centrais é o cuidado individual ao paciente, que distingue a continuidade de atributos como integração de serviços e coordenação, conceitos frequentemente usados de forma intercambiável com continuidade; outro elemento central é o cuidado ao longo do tempo (HAGGERTY et al.2003). Embora as experiências individuais dos pacientes possam ser agregadas ao nível coletivo – entre as práticas profissionais, de serviços de saúde e organizações - de acordo com

Haggerty et al. (2003), a unidade de medida de continuidade é fundamentalmente o indivíduo; a continuidade não é um atributo dos prestadores ou das organizações. Continuidade é como os indivíduos experimentam a integração de serviços e coordenação; a coordenação volta-se para como ocorre a cooperação entre os profissionais de saúde e serviços. Por isso, coordenação e continuidade são conceitos intimamente relacionados (HAGGERTY et al.2003; SANTOS et al., 2022).

Estudos que buscaram avaliar a continuidade do cuidado foram desenvolvidos com diferentes abordagens na literatura internacional. Inicialmente, sua avaliação estava relacionada à frequência de consultas com o mesmo médico, o que levou à utilização de índices e medidas baseados em dados de utilização dos serviços de saúde, como o *Continuity of Care Index* (COC), o *Usual Provider Care Index* (UPC) e o *Sequential Continuity of Care Index* (SECON) em diversos estudos (SALISBURY et al., 2009; CHENG, HOU, CHEN, 2011; BAYLISS et al., 2015; POLLACK et al., 2016). Porém, destaca-se que essas medidas dependem da disponibilidade regular de informações e, principalmente, não captam a experiência dos usuários em um sistema de saúde (TOUSIGNANT et al, 2014). Além disso, estudos de elaboração e validação de instrumentos foram desenvolvidos para avaliar diferentes dimensões da continuidade (UIJEN et al., 2011; HAGGERTY et al., 2012; GARCIA-SUBRATS et al, 2015; HETLEVIK et al., 2017; VALAKER et al., 2019). Contudo, todos foram elaborados no contexto de sistemas de saúde de países desenvolvidos, cujos enfoques são principalmente os atendimentos médicos, por especialistas ou generalistas.

Apesar de sua relevância, no Brasil, os estudos sobre a continuidade do cuidado ainda são escassos. Isso pode estar relacionado à adoção conceitual do termo continuidade, mais utilizado na literatura internacional. Cunha e Giovanella (2011) realizaram uma revisão conceitual sobre o uso dos termos longitudinalidade e continuidade do cuidado, na qual consideram que os mesmos são utilizados de maneira semelhante na literatura, embora tenham verificado diferenças conceituais entre os termos, conforme os principais autores de referência. A longitudinalidade estaria mais relacionada a uma fonte regular de cuidados ao longo do tempo; já a continuidade estaria mais relacionada a sucessão de eventos e mecanismos de integração das informações no atendimento de um problema ou de necessidades de saúde, independente do estabelecimento de relações duradouras; por esse motivo, os autores estimulam a utilização do termo longitudinalidade, ou vínculo longitudinal, no contexto da APS no Brasil (CUNHA, GIOVANELLA, 2011). Sendo assim, observa-se que nos estudos brasileiros o termo longitudinalidade é mais utilizado (BARATIERI, MANDU, MARCON, 2012; FRANK et al.,

2015; NOBREGA et al., 2015; PAULA et al., 2015; KESSLER et al., 2018; SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018; GASPARINI, FURTADO, 2019).

Um estudo transversal de base populacional, realizado no sul do Brasil, analisou a prevalência de continuidade interpessoal em indivíduos com mais de 20 anos e verificou baixa prevalência de continuidade no sistema público de saúde em comparação aos serviços privados, reforçando a necessidade de novos estudos abrangentes no tema (ROSA FILHO, FASSA, PANIZ, 2008). Outro estudo transversal, de base populacional, investigou barreiras de acesso e continuidade do cuidado no SUS em adultos de 20 a 59 anos, de diferentes municípios, utilizando uma abordagem quantitativa; dentre as principais barreiras de acesso estão questões organizacionais e estruturais, como falta de recursos humanos e estrutura física, dificuldades de agendamento de consultas e realização de exames, além de questões pessoais e financeiras dos usuários (DILÉLIO et al., 2015). Contudo, ambos estudos utilizam uma abordagem quantitativa e não captam as experiências e realidades dos indivíduos de maneira mais aprofundada. Ainda, um estudo analisou a percepção de usuários sobre continuidade do cuidado, a partir da aplicação de um instrumento validado em municípios do Brasil e da Colômbia, contudo, as questões apresentadas no instrumento são relacionadas apenas aos atendimentos médicos (VARGAS et al., 2017).

Schimith e colaboradores (2014) analisaram a negociação e tomada de decisão compartilhada entre profissionais e usuários em Unidade de Saúde da Família (USF) e sua influência na continuidade do cuidado na RAS, e observaram que, na amostra estudada, as decisões aconteciam unilateralmente, o que prejudicava a continuidade da assistência; destacam a importância da escuta e participação dos usuários para o reconhecimento das singularidades dos sujeitos.

Estudos nacionais de natureza qualitativa analisaram a continuidade do cuidado em crianças e adolescentes com DCNT (BRITO, OLIVEIRA, SILVA, 2012; NOBREGA et al., 2015; NOBREGA et al., 2017; CECHINEL-PEITER et al., 2022) e em mulheres com câncer de colo de útero (SILVA et al., 2016; ACYLINO, ALMEIDA, HOFFMAN, 2021). Ainda, dois estudos sobre a continuidade do cuidado envolveram a perspectiva de usuários portadores de outras DCNT (FREITAS, MOREIRA, BRITO, 2014; UTZUMI et al., 2020), sendo um deles realizado em um município de Minas Gerais, com três usuários e quatro acompanhantes de usuários com DCNT atendidos em uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA); e outro em Curitiba/Paraná, que envolveu seis usuários, cinco familiares, além de 13 profissionais da atenção hospitalar (AH) e nove da atenção primária, respectivamente. Um estudo em Fortaleza analisou a continuidade do cuidado ao idoso na rede de saúde sob a perspectiva dos gestores

(SANTOS et al., 2016). Não foram encontradas pesquisas sobre a continuidade do cuidado que envolvessem a vivência de usuários idosos com DCNT, assim como a perspectiva de profissionais e gestores de diferentes níveis de atenção da RAS.

Ainda, estudos nacionais voltam-se para práticas de coordenação do cuidado, como estratégias para superação da fragmentação do cuidado (ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017; ALMEIDA et al, 2018). Um estudo de intervenção (RIBAS et al., 2018) utilizou enfermeiras de ligação que eram profissionais-chave no processo de alta responsável, como estratégia para assegurar a continuidade do cuidado entre o hospital e/ou UPA e outros serviços de saúde, sendo a maioria dos usuários beneficiados idosos portadores de doença crônica. A partir do estudo, observou-se qualificação do processo de contrarreferência, agilidade na aquisição de insumos para continuidade dos cuidados, promoção da comunicação profissional entre os níveis de atenção, maior compreensão da RAS por parte dos profissionais e diminuição de retorno dos usuários ao hospital ou UPA pelo mesmo motivo. Outra estratégia importante de comunicação e informação entre pontos de atenção é o prontuário eletrônico compartilhado, embora tenha custos com sua implantação e capacitação (GONÇALVES et al., 2013; ALMEIDA, MARIN, CASOTTI, 2017; VAZ et al., 2018).

Destaca-se a importância da ESF como modelo de atenção que contribui para a longitudinalidade e continuidade dos cuidados, junto a outros aspectos como acessibilidade, relações interpessoais, organização dos serviços, e sendo ainda mais relevante no acompanhamento de crianças, pessoas com doenças crônicas e idosos (PREVIATO et al., 2017; KESSLER et al., 2018; PINTO JÚNIOR et al, 2018; SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018; SCHENKER, COSTA, 2019).

3.4 Envelhecimento e doenças crônicas não-transmissíveis: desafios e estratégias de enfrentamento

O envelhecimento das populações vem aumentando de maneira rápida em todo o mundo. De acordo com a OMS, entre os anos 2000 e 2050, a população de 60 anos ou mais dobrará de cerca de 11% para 22%, e projeta-se que o seu número absoluto passará de 900 milhões, em 2015, para 1,4 bilhões em 2030 (WHO, 2016a). No Brasil, a velocidade do envelhecimento da população é ainda maior em relação aos países desenvolvidos (VERAS, OLIVEIRA, 2018). Estima-se que a população idosa brasileira irá triplicar até 2050, passando de cerca de 20 milhões no ano de 2010 para aproximadamente 65 milhões (IBGE, 2018).

Ainda, espera-se um aumento da expectativa de vida dos brasileiros de 73,9 anos, em 2010, para 81,2 anos em 2060, levando ao aumento da proporção de indivíduos com 75 anos ou mais e com proporcional diminuição da população jovem. Nesse sentido, observaremos um decréscimo populacional previsto para a década de 2040, onde a taxa de crescimento populacional do Brasil será suplantada pela taxa de mortalidade (BOCCOLINI, CAMARGO, 2016).

Junto a essa transição demográfica, observa-se uma transição epidemiológica caracterizada pela diminuição de doenças infectocontagiosas e aumento de DCNTs, com deslocamento da carga de morbimortalidade entre a população mais jovem para a população idosa, em nível global. As DCNTs, como as cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas e neoplasias, passam a ser consideradas as principais causas de morbimortalidade no mundo, correspondendo a um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente em países de baixa renda (WHO, 2018a).

No Brasil, mais de 50% dos idosos a partir dos 65 anos referiram diagnóstico de hipertensão arterial; cerca de 20% referiram diabetes e 11,9 % referiram doenças cardíacas nessa faixa etária, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (IBGE, 2014). Destaca-se que quase 80% dos brasileiros com mais de 60 anos referem possuir ao menos um tipo de morbidade e ainda, observa-se que as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos serviços e à informação, bem como a baixa escolaridade estão relacionados a maior prevalência das DCNTs e seus agravos decorrentes (BOCCOLINI, CAMARGO, 2016).

Em pessoas idosas, as DCNT também são responsáveis por gerar limitações funcionais e incapacidades, comprometendo hábitos de vida, bem-estar e sociedade, pois afetam relações econômicas do país, com impactos no orçamento de saúde – ampliação de gastos com tecnologias de alto custo – e o orçamento familiar/individual, pela queda da capacidade de trabalho e gastos com questões de saúde (AMORIM et al., 2017; OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018). Nesse contexto, demandam atenção contínua e maior uso de serviços de saúde, reorganização dos processos de trabalho para atender adequadamente às suas necessidades de prevenção, de controle da doença e também a promoção de um envelhecimento ativo e saudável (OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018; SCHENKER, COSTA, 2019).

Trata-se, pois, de importante desafio frente aos atuais modelos de atenção e processos de trabalhos focados na doença, em episódios agudos (ou crônico-agudizados) e prescrição de tratamentos, desarticulados entre os diferentes profissionais atuantes e serviços da rede (CASTRO et al., 2018). A atenção ao idoso, com sua complexidade de demandas, deve pautar-se no cuidado integral e contínuo, envolvendo além das doenças, questões peculiares a essa fase,

com estabelecimento de vínculo com os serviços de saúde e ações coordenadas entre os pontos de atenção (SANTOS et al., 2016; PAGLIUCA et al., 2017; OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018).

À medida em que reconhecemos essas previsões demográficas e tendências epidemiológicas, devemos repensar estratégias e planejar ações para tornar o curso de vida melhor aproveitado, promovendo saúde e bem-estar. A maioria das DCNTs podem ser prevenidas ou proteladas por meio de comportamentos e hábitos de vida saudáveis, e os problemas e declínios na capacidade podem ser gerenciados com eficiência, principalmente se detectados com antecedência (WHO, 2016a).

Por este motivo, a Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma estratégia global abrangente para o envelhecimento e saúde, colocando este tópico como uma das prioridades nas agendas internacionais, junto aos compromissos da cobertura de saúde universal, determinantes sociais, combate às DCNTs e às incapacidades, fortalecimento de recursos humanos para a saúde, cuidados integrados e centrados nas pessoas. São definidos cinco objetivos: 1) o compromisso com ações sobre o envelhecimento saudável em todos os países; 2) desenvolvimento de ambientes amigos-do-idoso; 3) alinhamento dos sistemas de saúde às necessidades das populações mais velhas; 4) desenvolvimento de sistemas sustentáveis e equitativos para a prestação de cuidados de longo prazo e 5) melhoria da avaliação, monitoramento e pesquisas sobre envelhecimento saudável (WHO, 2016a).

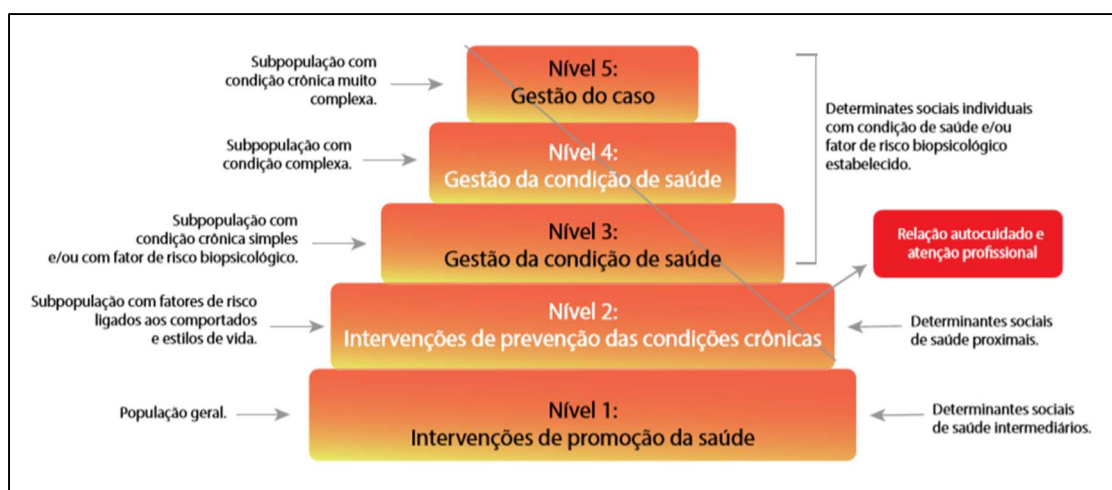
No contexto do SUS, esperam-se ainda avanços na qualificação da gestão dos serviços, ainda apresentados pela oferta indiscriminada de ações e serviços de saúde (muito voltados à saúde da mulher e da criança), na melhoria do equilíbrio entre os níveis de atenção, na garantia de financiamento adequado, na diminuição das iniquidades geográficas, na integração e fortalecimento da rede assistencial, e na formação profissional segundo as necessidades do sistema por meio de educação permanente. A organização da RAS apresenta-se como principal ferramenta para o enfrentamento da fragmentação e cenário epidemiológico, apesar de suas fragilidades anteriormente mencionadas (VIANA et al., 2018).

Diante das mudanças epidemiológicas e demográficas no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, 2011-2022, para implementação de políticas públicas efetivas, integradas e baseadas em evidências, fundamentadas em três eixos estratégicos: I- vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II- promoção da saúde e III- cuidado integral. O terceiro eixo do plano, o cuidado integral, contempla a definição e implementação da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RAPDC), que tem por objetivos fomentar mudanças do modelo de atenção

à saúde, garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas, impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas e contribuir para a promoção da saúde e prevenção ao desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2011b).

Para a organização da RAPDC, o modelo de atenção proposto por Mendes (2011) é o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). O mesmo é baseado na estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas subpopulações a partir da qual se definem ações e práticas mais adequadas a necessidade de cada grupo, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – O Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Mendes, 2011.

Além do modelo de atenção, são estabelecidos os pontos de atenção e suas funções na rede, situando a APS como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, os pontos de atenção ambulatorial especializada (AAE) e AH complementares e integrados à APS. A relação esperada entre os pontos ocorre pela coordenação do cuidado, com comunicação entre equipes/profissionais, discutindo casos, compartilhando planos de cuidado e fazendo uso de protocolos e diretrizes clínicas (BOCCOLINI, CAMARGO, 2016).

Por fim, a modificação dos processos de trabalho deve envolver todos os pontos de cuidado. Boccolini e Camargo (2016) propõem diretrizes para RAPDC e, entre os principais processos de trabalho e estratégias de mudança, podemos citar: o acolhimento, o cuidado centrado na pessoa e na família, o cuidado continuado, a atenção multiprofissional, o projeto terapêutico singular, regulação da rede de atenção, apoio matricial, acompanhamento não presencial, atendimento coletivo, o autocuidado apoiado, utilização de diretrizes clínicas e linhas de cuidado e a educação permanente.

REFERÊNCIAS

- ACYLINO, Ester Monteiro; ALMEIDA, Patty Fidelis de; HOFFMANN, Leandro Marcial Amaral. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, e310123, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312021310123> Acesso em: 10 mar 2022.
- ACOSTA, Aline Marques et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, v. 12, n. 12, p. 3190-97, 2 dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>. Acesso em: 25 out 2022.
- ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos de et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-56, jun. 2017.
- ALLER, Marta-Beatriz et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. **International Journal of Integrated Care**, v. 13, 2013. Disponível em: <https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1160/>
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 373-398, 13 mar. 2017.
- AMARAL, Carlos Eduardo Menezes; BOSI, Maria Lúcia Magalhães Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Revista Saúde Pública**, Campinas, v. 50, n. 51, p. 1-6, 2016.
- AMARILLA, Delia Ines et al. Percepção dos usuários sobre a continuidade da assistência entre os níveis de cuidados na rede de serviços municipais de saúde da cidade de Rosario. **Revista de Salud Pública**, v. 24, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v24.n1.23601>
- AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Revista Enfermagem UFPE on-line**, v.11, n.2, p. 576-583, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11976>. Acesso em: 02 fev de 2020.
- BARATIERI, Tatiane; MANDU, Edir Nei Teixeira; MARCON, Sonia Silva. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: relatos da experiência profissional. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1260-1267, out. 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000500031>. Acesso em: 10 fev 2020.
- BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 216 p.
- BARRENHO, Eliana et al. International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure. **OECD Health**

Working Papers, n. 142, maio 2022. 78 p. Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD): Paris. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/480cf8a0-en>. Acesso em: 03 out 2022.

BARRETO, Leidiane Andrade; DE SOUZA, Mariluce Karla Bomfim; SILVA, Elaine Andrade Leal. Rede de atenção e condições sanitárias das unidades de saúde da família: há alguma relação? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, e17440, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a16.pdf>. Acesso em: 28 jan 2020.

BAYLISS, Elizabeth A. et al. Effect of continuity of care on hospital utilization for seniors with multiple medical conditions in an integrated health care system. **The Annals of Family Medicine**, v.13, n.2, p.123-29, mar. 2015.

BELGA, Stephanie Marques Moura Franco; JORGE, Alzira de Oliveira; SILVA, Kênia Lara. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 133, p. 551–570, 2022.

BERNARDINO, Elizabeth et al. Enfermeiras de ligação na gestão de altas do complexo hospital de clínicas. **Enfermagem em Foco**, v.12, Supl.1, p.72-76, 2021.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; CAMARGO, Ana Tereza da Silva Pereira. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura..** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. 25 p. (Série Saúde Amanhã, Textos para Discussão 22). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52038> Acesso em: 20 nov 2019.

BOUSQUAT, Aylene et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p.1141-1154, 2017.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 09 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde**. [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf Acesso em: 12 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf Acesso em: 10 out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº580. Regulamentar o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2018.

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

BRITO, Ederline Suelly Vanini de; OLIVEIRA, Regina Célia de; SILVA, Maria Rejane Ferreira da. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.12, n.4, p. 413-23, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.8, e00056917, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00056917.pdf>. Acesso em: 24 jan 2020.

CECHINEL-PEITER, Caroline et al. Continuidade do cuidado em saúde: análise da produção de teses e dissertações brasileiras. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, e1387, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v25/1415-2762-reme-25-e-1387.pdf> Acesso em: 10 mar 2022.

CECHINEL-PEITER, Caroline et al. Continuity of care for children with chronic conditions after discharge: a constructivist grounded theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 4, e20210783, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0783> Acesso em: 10 mar 2022.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHENG, Shou-Hsia; HOU, Yen-Fei; CHEN, Chi-Chen. Does continuity of care matter in a health care system that lacks referral arrangements? **Health Policy and Planning**, v. 26, n. 2, p. 157-162, 2011.

COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, e20180332, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332> Acesso em: 20 fev 2020.

CRESWELL, John. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions**. Thousand Oaks, CA: Sage, 2013.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p.315-324, 2020.

DANIELS, Nicola et al. STEER: Factors to consider when designing online focus groups using audiovisual technology in health research. **International Journal of Qualitative Methods**, v.18, p. 1-11, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1609406919885786> Acesso em: 14 set. 2020.

DEENY, Sarah et al. **Briefing**: reducing hospital admissions by improving continuity in general practice. London: The Health Foundation; 2017.

DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p.1-15, 2015.

FARMANOVA, Elina; BAKER, G. Ross; COHEN, Deborah. Combining integration of care and a population health approach: a scoping review of redesign strategies and interventions, and their impact. **International Journal of Integrated Care**, v. 19, n. 2, p.1–25, 2019.

FORSTNER, Johanna et al. Improving continuity of patient care across sectors: study protocol of a quasi-experimental multi-centre study regarding an admission and discharge model in Germany (VESPEERA). **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. e031245, 2019. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/9/11/e031245.full.pdf> Acesso em: 20 fev 2020.

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 400-410, 2015.

FREEMAN, George et al. **Continuity of Care**: Report of a scoping exercise Summer 2000, for the SDO programme of NHS R&D (Draft). London, UK: NCCSDO, 2001.

FREEMAN, George; HUGHES, Jane. **Continuity of care and the patient experience**. London, UK: The King's Fund, 2010. Disponível em: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/continuity-care-patient-experience-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf. Acesso em: 01 jun. 2019.

FREITAS, Letícia Fernanda Cota; MOREIRA, Danielle Araújo; BRITO, Maria José Menezes. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 694-700, 2014.

GALLO, Valéria Cristina Lopes et al. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, v. 12, n. 38, p. 173-182, 2022.

GARCIA-SUBIRATS, Irene et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA© para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 2, p. 88-96, mar. 2015.

GASPARINI, Max Felipe Vianna; FURTADO, Juarez Pereira. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p.30-42, 2019.

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GONÇALVES, João Paulo Pereira et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

GUERRA, Sofia et al. Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 38, e00047122, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT047122>. Acesso em: 13 out. 2022.

HAGGERTY, Jeannie L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **Bmj**, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003.

HAGGERTY, Jeannie L. et al. Validation of a Generic Measure of Continuity of Care: When Patients Encounter Several Clinicians. **The Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 5, p. 443-51, 2012.

HETLEVIK, Øystein et al. Patient perspectives on continuity of care: adaption and preliminary psychometric assessment of a Norwegian version of the Nijmegen Continuity Questionnaire (NCQ-N). **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, 760, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5698962/> Acesso em: 19 maio 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: ciclos de vida – Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas de Gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 38, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 16 nov. 2019.

JAYASEKARA, Rasika S. Focus groups in nursing research: methodological perspectives. **Nursing Outlook**, v. 60, n. 6, p. 411-416, 2012.

KENNY, Méabh; FOURIE, Robert. Contrasting Classic, Straussian, and Constructivist Grounded Theory: Methodological and Philosophical Conflicts. **The Qualitative Report**, v. 20, n. 8, p. 1270-1289, 2015.

KESSLER, Marciane et al. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p.1063-1071, 2018.

KINALSKI, Daniela Dal Forno et al. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 424-429, 2017.

KOERICH, Cintia et al. Teoria fundamentada nos dados: evidenciando divergências e contribuições para a pesquisa em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1084, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180014> Acesso em: 25 fev 2021.

LE BERRE, Mélanie et al. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: a systematic evidence review. **Journal of The American Geriatrics Society**, v. 65, n. 7, p. 1597-1608, 2017.

LJUNGHOLM, Linda et al. What matters in care continuity on the chronic care trajectory for patients and family carers? A conceptual model. **Journal Of Clinical Nursing**, v. 31, n. 9-10, p. 1327-1338, 2021.

LJUNGHOLM, Linda et al. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? – Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. **Bmc Health Services Research**, v. 22, n. 686, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08023-0> Acesso em: 05 out 2022.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; PAVÃO, Ana Luiza Braz. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2313-2330, nov. 2015.

MAURO, Adriéli Donati; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, n55, e20210145, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145> Acesso em: 15 out 2022.

MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 288-295, 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.431-36, 2018.

MENDES, F.R.P. et al. A continuidade de cuidados de saúde na perspectiva dos utentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.841-53, 2017.

METELSKI, Fernanda Karla et al. Constructivist Grounded Theory: characteristics and operational aspects for nursing research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e03776, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020051103776> Acesso em: 10 mar 2022.

MIDDLETON, Lesley et al. A realist evaluation of local networks designed to achieve more integrated care. **International Journal of Integrated Care**, v. 19, n. 2, art.4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.4183> Acesso em: 21 fev 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2015.

MORSE, Janice M. Determining sample size. **Qualitative Health Research**, v. 10, n. 1, p. 3-5, 2000.

NICOLET, Anna et al. Association between continuity of care (COC), healthcare use and costs: what can we learn from claims data? a rapid review. **Bmc Health Services Research**, v. 22, n. 1, 658, 16 maio 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07953-z> Acesso em: 10 ago 2022.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, :e03226, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226> Acesso em: 19 dez 2019.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da et al. Longitudinality and continuity of care for children and adolescents with chronic diseases. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 656-663, 2015.

NOGUEIRA, Iara Sescon et al. Older adult care: permanent education practices of the Family Health Support Center. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, e03512, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018022103512> Acesso em: 21 jan 2020

OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, e280411, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Wqg78RCQc7LTzdrdn8fm45k/?lang=pt>. Acesso em: 19 maio 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud**. Genebra: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas**. Washington: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS**. Washington: OPAS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 26 jan. 2020.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 1-11, 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf> Acesso em: 09 fev. 2020.

PINTO JUNIOR, Elzo Pereira et al. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, e00133816, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/63bNtpcmdDSWwpmv6tz6P6P/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 nov 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **População Idosa de Porto Alegre: informação demográfica e sociodemográfica**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre: 2017. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.

PREVIATO, Giselle Fernanda et al. Diminuição de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em idosos no estado do Paraná. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 18, n. 2, p. 15-24, 2017.

POLLACK, Craig Evan et al. Measuring Care Continuity: A Comparison of Claims-Based Methods. **Medical Care**, v. 54, n. 5, e30-4, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4101051/pdf/nihms591921.pdf> Acesso em: 02 jul 2019.

POLISAITIS, Ariane; MALIK, Ana Maria. Cuidados continuados: uma falha na malha da rede de serviços de saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 105-22, 2 jul. 2019. Núcleo de Estudos em Saúde Pública.

REID, Robert John; HAGGERTY, Jeannie; MCKENDRY, Rachael. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008.

RIBAS, Ester do Nascimento et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, supl. 1, p. 546-553, 2018.

ROGERS, John; CURTIS, Peter. The concept and measurement of continuity in primary care. **American Journal of Public Health**, v. 70, n. 2, p. 122-127, 1980.

ROSA FILHO, Luiz Artur; FASSA, Ana Claudia Gastal; PANIZ, Vera Maria Vieira. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 915-925, 2008.

RUFINO, Edson; CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. Caracterização do atributo acesso na Atenção Primária à Saúde nos Contratos de Gestão das Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo. **Revista de Aps**, v. 25, n. 1, p. 22-31, jul. 2022.

SALISBURY, Chris et al. How should continuity of care in primary health care be assessed? **British Journal of General Practice**, v. 59, p. 276-282, 2009.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e033303, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6kdkNZjdfNf7f5kT5vkmhsj/?lang=en> Acesso em: 15 fev 2021.

SANTOS, Mariana Timmers dos et al. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, e20220100, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en> Acesso em: 02 out 2022.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis [online]**, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280206.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

SAULTZ, John W.; ALBEDAIWI, Waleed. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. **The Annals of Fam Med**, v. 2, n. 5, p. 445-51, 2004.

SAUNDERS, Benjamin et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & Quantity**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2017.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: negociação entre usuários e profissionais. **Revista Rene**, Fortaleza, v.15, n.5, p. 812-22, 2014.

SCHENKER, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1369-1380, 2019.

SCHWARZ, Tanja et al. Barriers to accessing health care for people with chronic conditions: a qualitative interview study. **Bmc Health Services Research**, v. 22, n. 1, e1037, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08426-z>. Acesso em: 05 out 2022.

SHAW, Sara; ROSEN, Rebecca; RUMBOLD, Benedict. An overview of integrated care in the NHS: what is integrated care? [In: **Nuffield Trust's extensive programme of work on integrated care**]. London, UK: 2011. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.

SILVA, Maria Rejane Ferreira da et al. Continuidade assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 107-119, 2016.

SOUSA, Solange Meira de et al. Integration strategies for caring for chronic noncommunicable diseases: a case study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n.1, e20190563, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0563> Acesso em: 30 maio 2022.

SOUZA, Virginia Ramos dos Santos et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, :eAPE02631, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631> Acesso em: 20 mai 2022.

STARFIELD, Barbara. Continuous confusion? **American Journal of Public Health**, v. 70, n. 2, p. 117-119, 1980.

SUTER, Esther et al. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. **Healthcare Quarterly**, v. 13, n. Spec, p. 16-23, 2009.

SUTER, Esther et al. Indicators and measurement tools for health systems integration: a knowledge synthesis. **International Journal of Integrated Care**, v. 17, n. 6, e4, 2017. Disponível em: <http://doi.org/10.5334/ijic.3931> Acesso em: 05 jun 2022.

THAM, Tat Yean et al. Integrated health care systems in Asia: an urgent necessity. **Clinical Interventions In Aging**, v. 13, p.2527-2538, 2018.

TIE, Ylona Chun; BIRKS, Melanie; FRANCIS, Karen. Grounded theory research: a design framework for novice researchers. **Sage Open Medicine**, v. 7, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2050312118822927> Acesso em: 10 mar 2022.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.

TOUSIGNANT, Pierre et al. Validation of 2 new measures of continuity of care based on year-to-year follow-up with known providers of health care. **The Annals of Family Medicine**, v. 12, n. 6, p.559-67, 2014.

UIJEN, Annemarie A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice**, v. 29, n. 3, p. 264-271, 2012.

UIJEN, Annemarie A. et al. Nijmegen Continuity Questionnaire: development and testing of a questionnaire that measures continuity of care. **Journal of clinical epidemiology**, v. 64, n. 12, p. 1391-1399, 2011.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing 2019**. Nova York: United Nations, 2020. 64 p. Disponível em: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

UTZUMI, Fernanda Catafesta et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, e4250016, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016> Acesso em 05 abril 2019.

UTZUMI, Fernanda Catafesta et al. Acesso *versus* continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, e20180502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0502> Acesso em: 28 mar 2021.

VALAKER, Irene et al. Adaptation and psychometric properties of the Norwegian version of the heart continuity of care questionnaire (HCCQ). **Bmc Medical Research Methodology**, v. 19, n. 1, e62, 18 mar. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12874-019-0706-z> Acesso em: 12 fev 2020.

VALAKER, Irene et al. Continuity of care and its associations with self-reported health, clinical characteristics and follow-up services after percutaneous coronary intervention. **Bmc Health Services Research**, v. 20, n. 1, e71, 31 jan. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-4908-1> Acesso em: 08 fev 2020.

VARGAS, Ingrid et al. Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. **Health Policy and Plan**, v.32, n. 4, p.549-562, 2017.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti et al. Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition. **Revista Brasileira de Enfermagem [on-line]**, v. 71, n. 6, p.2768-2775, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s6/pt_0034-7167-reben-71-s6-2612.pdf Acesso em: 30 maio 2019.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on people-centred and integrated health services:** interim report. Geneva: WHO, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing:** draft global strategy and plan of action on ageing and health. 69th World Health Assembly, Geneva, 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrated care models:** an overview. Geneva: WHO, 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region:** framework for action on integrated health services delivery. Geneva: WHO, 2016c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuity and coordination of care:** a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Geneva: WHO, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Saving lives, spending less:** a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2018a.

APÊNDICE A - CONVITE AOS PROFISSIONAIS PARA O GRUPO FOCAL

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado a usuários com doença crônica na rede de atenção à saúde (RAS)

Pesquisadoras: Prof^a.Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima (Responsável) e Mariana Timmers dos Santos

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Prezado (a):

O projeto intitulado acima está sendo desenvolvido em unidades de dois distritos de saúde do município, cujo objetivo geral é analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da RAS. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Iniciamos a primeira etapa da coleta de dados no início do ano, porém, com o agravamento da pandemia da Covid-19, observando os protocolos e determinações vigentes, a coleta de dados foi suspensa por um período. Em julho, retomamos a coleta e finalizamos a primeira etapa, de entrevistas com usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos nos serviços e análise dos prontuários. Gostaríamos de agradecer o apoio e a colaboração das equipes nessa primeira etapa, auxiliando no levantamento de dados no sistema Gercon e disponibilizando salas para análises nos sistemas e também para entrevistas, quando necessário. Isso foi fundamental para concluirmos esta etapa e seguirmos para a próxima etapa do projeto, que será o grupo focal com profissionais de saúde.

Conforme contato já realizado com as gerências distritais e coordenações, para autorização da participação dos profissionais nos encontros, **convidamos você** a participar do encontro na **próxima quinta-feira, dia 02/12/2021 às 9h30**, no [REDACTED], localizado na Rua [REDACTED]. Aos profissionais participantes será disponibilizado custeio de duas passagens para deslocamento, em valores correspondentes à tarifa do transporte público vigente. No encontro, serão discutidas questões relacionadas a continuidade do cuidado de pessoas idosas com doenças crônicas na RAS.

Solicitamos, por gentileza, que confirme a sua participação respondendo a este e-mail. O arquivo completo do projeto encontra-se anexado neste e-mail. Em caso de quaisquer dúvidas sobre o grupo focal, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Mariana Timmers dos Santos no telefone 51-991879198 (ligação ou whatsapp), ou respondendo a esse e-mail.

Novamente, agradecemos o seu apoio e sua colaboração para o desenvolvimento do estudo!

Atenciosamente,

Dda. Mariana Timmers dos Santos

APÊNDICE B - Roteiro para análise de prontuários

Participante: E ____

Serviço de Saúde:

Marcar com "X" as informações encontradas no prontuário conforme os itens e preencher as observações sobre as informações encontradas.	
<input type="checkbox"/> HISTÓRICO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SAÚDE ATUAIS
<input type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTOS EM OUTROS SERVIÇOS/ENCAMINHAMENTOS	<input type="checkbox"/> HISTÓRICO FAMILIAR
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS EM USO	<input type="checkbox"/> EXAMES REALIZADOS
OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:	

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários entrevistados

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado a usuários com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisadoras: Prof^ª.Dr^ª. Maria Alice Dias da Silva Lima (Responsável) e Mariana Timmers dos Santos

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise da continuidade do cuidado a usuários com doença crônica na rede de atenção à saúde”, cujo objetivo geral é analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da RAS.

Sua participação se dará por uma entrevista, previamente agendada em local e horários de sua preferência. Serão feitas algumas perguntas sobre seus atendimentos e acompanhamentos de seu(s) problema(s) crônico(s) de saúde em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição de dados. Será utilizada uma ficha de identificação com as seguintes informações: idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, naturalidade, dados relativos à doença crônica (diagnóstico e tempo de diagnóstico) e informações sobre os serviços de saúde acessados. O tempo de duração aproximada é de 30 minutos. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações e acesso a esses registros ao pesquisador.

A participação no estudo é voluntária, sem custo financeiro, e não lhe trará um benefício pessoal, porém os possíveis benefícios serão para a população em geral, a médio e longo prazo, pois o estudo contribuirá para a produção de novos conhecimentos no assunto, que poderão ajudar a melhorar a continuidade do cuidado de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis.

Sua participação lhe oferecerá o mínimo risco, relacionado ao tempo dedicado para a entrevista, além da possibilidade de ocorrência de algum desconforto em responder sobre o tema abordado. Caso isso ocorra, para minimizar possíveis desconfortos, esclarecemos que você terá total liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer prejuízo no seu atendimento, e os membros da equipe de pesquisa estarão disponíveis para conversar a respeito da sua possibilidade de continuar a pesquisa.

As pesquisadoras são responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos seus dados de identificação pessoal. As informações coletadas e os

resultados servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos, seu nome não será citado nos resultados apresentados e será garantido o caráter confidencial das informações recebidas.

Em caso de quaisquer dúvidas sobre os assuntos relacionados ao estudo, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa responsável. O contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, e com a pesquisadora Mariana Timmers dos Santos, poderá ser realizado pelo telefone (51) 33085481 ou no endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Rua São Manoel, 963. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS também pode ser contatado para esclarecimentos, através do telefone (51) 33083738, das 8h às 17h, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através do telefone (51) 32895517, no mesmo horário.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Ao final do estudo, você terá contribuído para a produção de conhecimentos sobre a continuidade do cuidado de pessoas idosas, sendo de grande importância para a melhoria da assistência nos serviços de saúde, por isso agradecemos, desde já, a sua contribuição.

Fui informado(a) sobre as finalidades e sobre o desenvolvimento da pesquisa e concordo em participar da mesma.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20__.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D – Dados de caracterização dos idosos e roteiro para entrevista**Dados do participante:****Data:** ___ / ___ / ___**Código:** E ___**Idade:****Sexo:** () Feminino () Masculino**Raça / cor:** () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena**Serviço de referência:** _____**Endereço:** _____**Estado conjugal:** _____ **Naturalidade:** _____**Escolaridade:**

() Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo () Pós-graduação _____

Ocupação: _____**Histórico de saúde (problemas crônicos de saúde):**_____
_____**Tempo de diagnóstico da(s) doença(s):**

Complicações relacionadas a doença:_____
_____**Teve internações hospitalares no último ano? Quantas?** _____**Número de atendimentos em serviço de emergência no último ano:** _____**Quais os serviços de saúde que costuma acessar?**_____

Roteiro de perguntas:

1. Você tem tal problema crônico de saúde _____ e faz acompanhamento no(s) serviço(s) de saúde _____. Conte-me como iniciou esse acompanhamento e o que os serviços da rede de saúde fazem para lhe auxiliar nos seus cuidados de saúde”.
2. Qual foi para você a porta de entrada aos serviços?
3. Como tem sido a sua experiência nesses serviços? O que teria que melhorar?
4. Você encontra alguma dificuldade ou facilidade ao tentar utilizar os serviços? Qual?
5. Você costuma ser atendido pelos mesmos profissionais de saúde para acompanhamento da sua doença, ou houve trocas? O que você acha disso? Quando necessário, consegue falar com o profissional que o atende regularmente?
6. Como é a relação com esses profissionais?
7. Você acha que os profissionais estão informados sobre o seu histórico de saúde, histórico familiar e tratamentos?
8. Você acha que os profissionais valorizam suas queixas e dúvidas? Elas são registradas no prontuário? Há espaço para falar sobre os tratamentos e tomar decisões junto com o(s) profissional(is)?
9. O que acha das informações recebidas nos atendimentos? Durante os atendimentos é possível esclarecer suas dúvidas, queixas ou preocupações?
10. Se você é atendido por diferentes profissionais, acha que esses profissionais que lhe atendem trocam informações ou colaboram entre si? Acha isso importante para o seu acompanhamento? Por quê?

Comentários:

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Profissionais de saúde e gestores

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado a usuários com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisadoras: Prof^ª.Dr^ª. Maria Alice Dias da Silva Lima (Responsável) e Mariana Timmers dos Santos

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Análise da continuidade do cuidado a usuários com doença crônica na rede de atenção à saúde (RAS)”, cujo objetivo geral é analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da RAS.

Nesta etapa da pesquisa será utilizada a técnica de grupos focais. Sua participação consistirá na presença nos grupos focais, em dois ou três encontros, onde serão discutidas questões relacionadas a continuidade do cuidado de pessoas idosas com doenças crônicas na RAS. Os encontros contarão com a presença de seus colegas, seja de serviços de atenção primária ou atenção especializada. Os encontros serão gravados em áudio para posterior transcrição de dados. Se os encontros forem on-line, serão gravados em vídeo.

Será utilizada uma ficha de identificação com as seguintes informações: idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de atuação e local de atuação. O tempo de duração de cada encontro será de aproximadamente 90 minutos. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador.

A sua participação no estudo é voluntária, sem custo financeiro, e não lhe trará um benefício pessoal, porém os possíveis benefícios serão para a população em geral, a médio e longo prazo, pois espera-se, por meio deste estudo, ampliar os conhecimentos na temática da continuidade do cuidado e oferecer maiores subsídios aos profissionais de saúde para direcionar ações e estratégias no cotidiano de cuidados que possibilitem uma atenção coordenada e contínua aos idosos com doenças crônicas não transmissíveis e o fortalecimento da RAS.

Sua participação lhe oferecerá o mínimo risco, relacionado ao tempo dedicado para os encontros, além da possibilidade de ocorrência de algum desconforto em responder sobre o tema abordado durante a reflexão sobre o cotidiano assistencial e suas vivências. Caso isso ocorra, para minimizar possíveis desconfortos, esclarecemos que você terá total liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer prejuízo na sua atuação profissional, e os membros da equipe

de pesquisa estarão disponíveis para conversar a respeito da sua possibilidade de continuar a pesquisa.

As pesquisadoras são responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos seus dados de identificação pessoal. As informações coletadas e os resultados servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos, seu nome não será citado nos resultados apresentados e será garantido o caráter confidencial das informações recebidas.

Em caso de quaisquer dúvidas sobre os assuntos relacionados ao estudo, você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa responsável. O contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, e com a pesquisadora Mariana Timmers dos Santos, poderá ser realizado pelo telefone (51) 33085481 ou no endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na Rua São Manoel, 963. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS também pode ser contatado para esclarecimentos, através do telefone (51) 33083738, das 8h às 17h, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, através do telefone (51) 32895517, no mesmo horário.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Ao final do estudo, você terá contribuído para a produção de conhecimentos sobre a continuidade do cuidado de pessoas idosas com doença crônica, sendo de grande importância para a melhoria da assistência nos serviços de saúde, por isso agradecemos, desde já, a sua contribuição.

Declaro que fui informado(a) sobre as finalidades e sobre o desenvolvimento da pesquisa e, por meio da assinatura deste termo, concordo em participar da mesma.

Porto Alegre, ___ de _____ de 20__.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE F – Dados de caracterização profissionais e gestores participantes do grupo focal

Dados do participante:

Data: ___ / ___ / ___

Código: P ___

Idade:

Sexo: () Feminino () Masculino

Raça / cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto

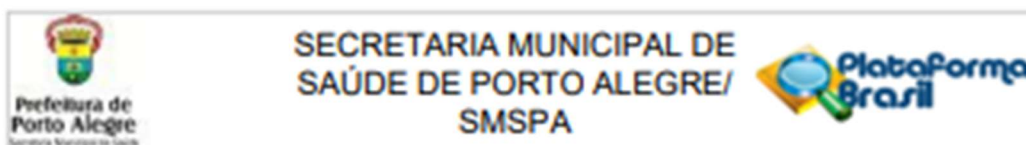
() Ensino Superior Completo () Pós-graduação _____

Profissão: _____

Tempo de atuação: _____

Local de atuação: _____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado em idosos com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36795320.8.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

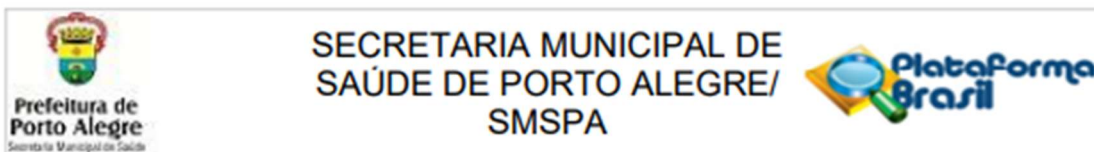
Número do Parecer: 4.448.422

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIAS

A continuidade do cuidado é fundamental para a qualificação da assistência, estando associada à melhor satisfação dos usuários, redução de custos e readmissões hospitalares. Toma-se ainda mais relevante em idosos, conforme envelhecem e desenvolvem problemas crônicos de saúde. Sua compreensão, porém, é complexa, pelo caráter multidimensional e por ser um aspecto vivenciado pelo usuário. O projeto tem como objetivo geral analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doença crônica não-transmissível (DCNT) atendidos em serviços da rede de atenção à saúde (RAS). Trata-se de estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Será realizado no município de Porto Alegre/RS. Serão consideradas para inserção no estudo as unidades de APS e serviços de atenção secundária pertencentes aos Distritos Sanitários Centro e Noroeste do município. Os participantes serão usuários idosos desses serviços, com ao menos um diagnóstico de DCNT, que tenham recebido atendimento em mais de um serviço da rede no último ano. Também participarão do estudo profissionais de saúde e gestores atuantes no município. A amostra será intencional, por meio de convite aos participantes. A coleta de dados ocorrerá por meio de análise de prontuários e entrevistas individuais semiestruturadas com os usuários e grupo focal com os profissionais de saúde e gestores. Para a coleta, serão observados os decretos vigentes no plano de contingência para infecção de Coronavírus do município e adotadas medidas de prevenção da Covid-19 durante entrevistas e disponibilização de plataforma on-line para os

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sma@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.448.422

grupos focais. A análise dos dados será realizada por meio de análise temática. Espera-se, por meio dos resultados deste estudo, oferecer subsídios a enfermeiros e profissionais de saúde para direcionar ações e estratégias no cotidiano de cuidados que possibilitem uma atenção coordenada e contínua aos idosos com DCNT's.

Objetivo da Pesquisa:

Principal:

Analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Secundários:

Identificar as percepções dos usuários idosos com doenças crônicas não transmissíveis, no atendimento da Rede de Atenção à Saúde sobre a continuidade do cuidado;

Descrever a compreensão de profissionais e gestores de saúde sobre a continuidade da atenção aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis;

Identificar as principais potencialidades e dificuldades para a continuidade assistencial;

Conhecer ações e estratégias utilizadas pelos serviços para a continuidade do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação implicará em mínimo risco, relacionado ao tempo dedicado para a entrevista, além da possibilidade de ocorrência de algum desconforto em responder sobre o tema abordado. Caso isso ocorra, para minimizar possíveis desconfortos, haverá total liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer prejuízo no seu atendimento; estando, além disto, os membros da equipe de pesquisa em disponibilidade para conversar a respeito da possibilidade de continuidade da pesquisa.

Os possíveis benefícios serão para a população em geral, a médio e longo prazo, pois o estudo contribuirá para a produção de novos conhecimentos no assunto, que poderão ajudar a melhorar a continuidade do cuidado de pessoas idosas com doenças crônicas não transmissíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

a. Título: Análise da continuidade do cuidado em idosos com doença crônica na rede de atenção à saúde.

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado em idosos com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36795320.8.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.448.422

Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIAS

A continuidade do cuidado é fundamental para a qualificação da assistência, estando associada à melhor satisfação dos usuários, redução de custos e readmissões hospitalares. Torna-se ainda mais relevante em idosos, conforme envelhecem e desenvolvem problemas crônicos de saúde. Sua compreensão, porém, é complexa, pelo caráter multidimensional e por ser um aspecto vivenciado pelo usuário. O projeto tem como objetivo geral analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doença crônica não-transmissível (DCNT) atendidos em serviços da rede de atenção à saúde (RAS). Trata-se de estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Será realizado no município de Porto Alegre/RS. Serão consideradas para inserção no estudo as unidades de APS e serviços de atenção secundária pertencentes aos Distritos Sanitários Centro e Noroeste do município. Os participantes serão usuários idosos desses serviços, com ao menos um diagnóstico de DCNT, que tenham recebido atendimento em mais de um serviço da rede no último ano. Também participarão do estudo profissionais de saúde e gestores atuantes no município. A amostra será intencional, por meio de convite aos participantes. A coleta de dados ocorrerá por meio de análise de prontuários e entrevistas individuais semiestruturadas com os usuários e grupo focal com os profissionais de saúde e gestores. Para a coleta, serão observados os decretos vigentes no plano de contingência para infecção de Coronavírus do município e adotadas medidas de prevenção da Covid-19 durante entrevistas e disponibilização de plataforma on-line para os

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

Bairro: Centro Histórico

CEP: 90.010-040

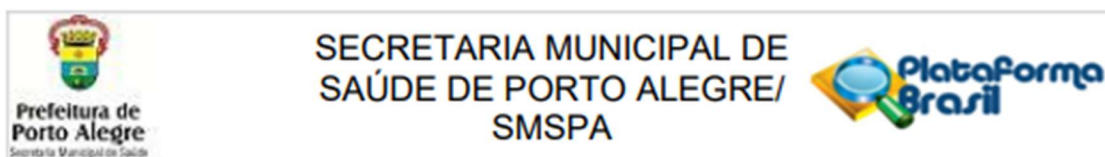
UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3289-5517

Fax: (51)3289-2453

E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.448.422

- b. Pesquisador responsável: Me. Doutoranda Mariana Timmers dos Santos (vide Obs.).
 Obs.: Na resposta ao Parecer Consubstanciado N° 4.427.498 é, também, citada Laura dos Santos Ramos.
- c. Assistente de pesquisa: Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima (Orientadora).
- d. Nível da pesquisa: Projeto de Qualify.
- e. Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.
- f. Curso: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- g. Local de realização do estudo: Unidades de APS e serviços de atenção secundária pertencentes aos Distritos Sanitários Centro e Noroeste do município de Porto Alegre.
- h. Duração do estudo: vinte e três meses – maio de 2020 a março de 2022 (coleta de dados prevista de 01/10/2020 a 26/02/2021) – informação proveniente do Parecer consubstanciado (No 4.319.736) do CEP da UFRGS.
- i. Número de sujeitos da pesquisa: Usuários idosos dos serviços de atenção primária e secundária da RAS de POA (vide Obs.).
 Obs.: o projeto não apresenta número de investigados, obtendo-se a informação de que sejam 54 (12 gestores, 12 profissionais de saúde e 30 idosos) a partir do Parecer consubstanciado (N° 4.319.736) do CEP da UFRGS.
- j. Data prevista para conclusão do estudo: março de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ok

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em relação às recomendações e pendências apontadas no parecer de número 4.348.573:

- 1) Pendência: informar no projeto o número de envolvidos na pesquisa – investigados;
 Análise: pendência atendida.
- 2) Pendência: currículo da Pesquisadora Mariana Timmers dos Santos, não localizado;
 Análise: pendência atendida.
- 3) Pendência: pesquisa de longo tempo para um exame de qualify, esclarecer o vínculo com o projeto de pesquisa do doutorado;
 Análise: pendência atendida.
- 4) na resposta ao Parecer Consubstanciado N° 4.427.498 é citada Laura dos Santos Ramos,

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.448.422

esclarecer papel desta participante e anexar seu Curriculum Lattes;

Análise: pendência atendida.

5) Termo de compromisso de utilização dos dados assinado – providenciar assinatura; Análise: pendência atendida.

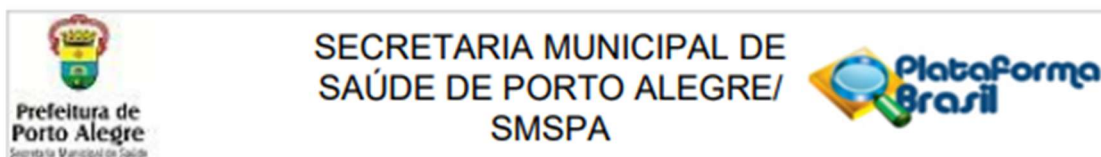
Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1643299.pdf	03/11/2020 17:49:01		Aceito
Outros	TCUD_ASSINADO.pdf	03/11/2020 16:00:01	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_Mariana_CEP_MODIFICA DO_SMS.pdf	03/11/2020 15:48:04	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	Resposta_parecer_comite_SMS.pdf	03/11/2020 15:42:08	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR A_MARIANA.pdf	03/11/2020 15:35:46	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_PESQUISADOR A_LAURA.pdf	03/11/2020 15:31:02	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	28/10/2020 18:24:59	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mariana_para_CEP_MODIFICA DO.pdf	28/09/2020 16:55:16	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	Resposta_parecer.pdf	28/09/2020 16:51:18	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	28/09/2020 16:34:05	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	Q4_Sintese_do_gui_a_de_temas_e_mo	19/05/2020	Mariana Timmers	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.448.422

Outros	mentos_chave_dos_grupos_focais.pdf	20:09:31	dos Santos	Aceito
Outros	ANEXO_A_TERMOS_COMPROMISSO_DE_UTILIZACAO_DOS_DADOS.pdf	19/05/2020 20:05:34	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	APENDICE_B_Dados_caracterizacao_idosos_e_rotulo_para_entrevista.pdf	19/05/2020 20:02:53	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	APENDICE_A_Roteiro_analise_prontuarios.pdf	19/05/2020 20:01:10	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	Termo_anuencia_institucional_DGAPS_SMS_POA.pdf	19/05/2020 19:44:34	Mariana Timmers dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

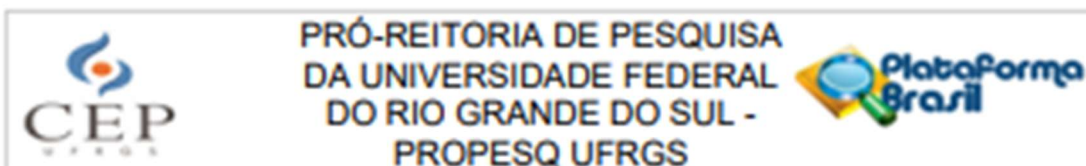
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da continuidade do cuidado em idosos com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 36795320.8.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLOGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.319.736

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do Projeto de Doutorado junto ao PPG Enfermagem/UFRGS, de autoria de Mariana Timmers dos Santos, sob orientação da Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima.

Terá como centro coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

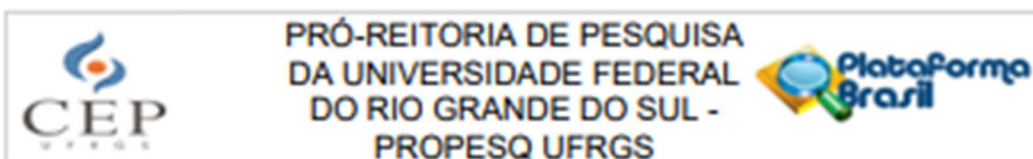
Trata-se de estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Será realizado no município de Porto Alegre/RS.

Serão consideradas para inserção no estudo as unidades de APS e serviços de atenção secundária pertencentes aos Distritos Sanitários Centro e Noroeste do município.

Os participantes serão usuários idosos desses serviços, com ao menos um diagnóstico de doença crônica não-transmissível (DCNT), que tenham recebido atendimento em mais de um serviço da rede no último ano.

Também participarão do estudo profissionais de saúde e gestores atuantes no município.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Fátima **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** elica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.319.736

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 54 (12 gestores, 12 profissionais de saúde e 30 idosos) A amostra será intencional, por meio de convite aos participantes.

A coleta de dados ocorrerá por meio de análise de prontuários e entrevistas individuais semiestruturadas com os usuários e grupo focal com os profissionais de saúde e gestores. A análise dos dados será realizada por meio de análise temática.

Critério de Inclusão:

Serão considerados elegíveis os usuários conforme os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, possuir ao menos um diagnóstico dos três principais grupos de condições crônicas (Diabetes Mellitus - DM, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, conforme CID-10, apresentada no Quadro 2 do arquivo completo do Projeto); ter recebido atendimento em mais de um serviço da rede de saúde no último ano pelo mesmo problema (atenção primária e secundária).

Para os profissionais de saúde, serão considerados critérios de seleção: ser profissional da área da saúde, ser atuante nas unidades de APS ou serviços de atenção secundária selecionadas e atuantes nos cargos há no mínimo seis meses, que demonstrem interesse pelo tema de pesquisa e aceitem participar voluntariamente.

Para os gestores, serão considerados como critérios de participação estar há no mínimo seis meses no cargo em questão e ter atuação na atenção às DCNTs no município.

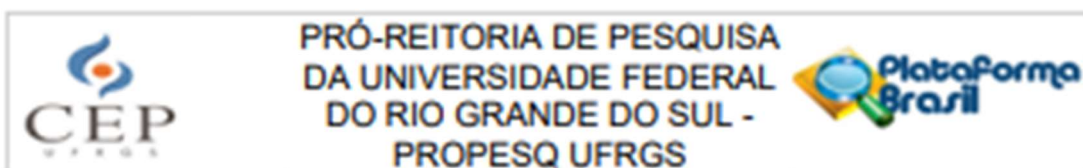
Critério de Exclusão:

Serão excluídos da pesquisa aqueles com alguma incapacidade de comunicação para responder à entrevista e os que tiverem diagnósticos confirmados de DCNT há menos de um ano. Também serão excluídos profissionais e gestores que encontrarem-se afastados em férias ou licenças ou tiverem atuação profissional por período inferior a seis meses.

CRONOGRAMA: de maio de 2020 a março de 2022 (coleta de dados prevista de 01/10/2020 a 26/02/2021)

ORÇAMENTO: R\$ 3.100,00 (A tese está vinculada ao projeto de pesquisa: "Integração de sistemas e serviços de saúde: análise da coordenação das redes de atenção, transição do cuidado e segurança do paciente", financiado pelo CNPq por meio de Chamada Universal MCTIC/CNPq N° 28/2018, sob processo n° 433997/2018-4)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** atica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.319.736

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a continuidade do cuidado de usuários idosos com doenças crônicas não-transmissíveis atendidos em serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Objetivos específicos

- Identificar as percepções dos usuários idosos com doenças crônicas não transmissíveis, no atendimento da Rede de Atenção à Saúde sobre a continuidade do cuidado;
- Descrever a compreensão de profissionais e gestores de saúde sobre a continuidade da atenção aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis;
- Identificar as principais potencialidades e dificuldades para a continuidade assistencial;
- Conhecer ações e estratégias utilizadas pelos serviços para a continuidade do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Será informado aos participantes que a pesquisa oferecerá o mínimo risco, relacionado ao tempo dedicado para participação na coleta de dados, além da possibilidade de ocorrência de algum desconforto em responder sobre o tema abordado. Para minimizar o desconforto, os encontros de participação em entrevistas/grupos focais serão previamente agendados em horário e local combinados com os participantes, assim como será dada total liberdade aos participantes de se recusarem a responder a qualquer pergunta ou mesmo desistir da participação no estudo a qualquer momento, sem acarretar qualquer prejuízo ou modificação na sua assistência ou no seu trabalho, e os membros da equipe de pesquisa estarão disponíveis para conversar a respeito da possibilidade de continuarem ou não a pesquisa.

Benefícios:

Não haverá benefícios pessoais previstos aos participantes da pesquisa, sendo que os possíveis

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 4.219.726

benefícios

serão para a população em geral, a médio e longo prazo, relacionados à produção de novos conhecimentos na temática, que poderão contribuir para direcionar ações e estratégias no cotidiano de cuidados a pessoas idosas com DCNTs e fortalecer a articulação entre os serviços da RAS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver apresentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na primeira versão do projeto, foram apresentados os seguintes termos:

- projeto detalhado;
- folha de rosto devidamente assinada;
- TCUD (modelo da SMS/Porto Alegre) preenchido mas não assinado;
- informações básicas da PB;
- TCLE;
- apêndices relativos aos roteiros de coleta de dados e análise dos dados;
- Termo de Anuência Institucional da SMS/Porto Alegre.

Na segunda versão do projeto, foram apresentados os seguintes documentos:

- carta resposta ao CEP/UFRGS;
- projeto detalhado;
- TCLE;
- informações básicas da PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na primeira versão, foi emitido parecer do CEP/UFRGS (em 31/08/2020), com a seguinte pendência:

1) como será realizada a coleta de dados (entrevistas com usuários e grupos focais com profissionais de saúde e gestores), considerando-se a orientação/necessidade de distanciamento social, durante a pandemia de Covid-19?

Em carta, as pesquisadoras indicaram: "Agradecemos o parecer enviado, que foi pertinente e colaborou para ajustar o projeto de pesquisa conforme as recomendações de distanciamento social em decorrência da pandemia. Foi explicitado como será realizada a coleta de dados

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farrowpilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3728 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS**



Continuação do Parecer: 4.319.736

(entrevistas com usuários e grupos focais com profissionais de saúde e gestores), considerando a necessidade de distanciamento social devido à pandemia de Covid-19. Foram realizadas as modificações no texto, conforme as recomendações do parecerista, que serão descritas a seguir.

No resumo, foi esclarecido que para a coleta de dados serão observados os decretos vigentes no plano de contingência para infecção de Coronavírus do município e serão adotadas medidas de prevenção de Covid-19 durante as entrevistas. Se não for possível a realização de grupos focais de forma presencial, será oferecida, como alternativa, a utilização de plataforma on-line para realização dos grupos focais.

Considerando a necessidade de distanciamento social e o planejamento de realizar entrevistas semiestruturadas com os usuários selecionados, foram acrescentadas informações referentes ao local e medidas de proteção a serem adotadas durante as entrevistas presenciais.

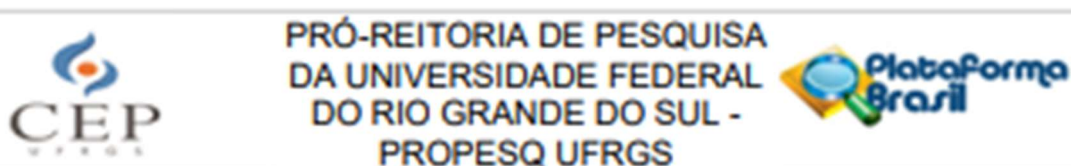
Foi explicitado no item 4.4.1, página 36, que as entrevistas serão realizadas nos respectivos domicílios, visando minimizar a exposição dos usuários nos serviços de saúde. Além disso, durante as entrevistas serão adotadas medidas de prevenção ao Covid-19, como: higienização de mãos com álcool 70% (antes e após contato com objetos), utilização de EPI's (luvas, máscaras, aventais e óculos de proteção) e distanciamento físico de 2 metros.

Quanto aos grupos focais a serem realizados com os profissionais de saúde e gestores, foi esclarecido no item 4.4.2, nas páginas 37 e 38, como se planeja realizar os mesmos. Os grupos focais serão realizados presencialmente, se possível, considerando os decretos vigentes no plano de contingência para infecção de Covid-19 e as mesmas medidas de proteção citadas acima. O horário e local serão definidos junto aos participantes e caso seja necessário deslocamento, eles receberão ressarcimento, em valores correspondentes à tarifa de transporte público vigente no período.

A utilização de plataformas on-line foi considerada como alternativa, caso não seja possível realizar os grupos focais de maneira presencial. Esse recurso tem representado grande importância no desenvolvimento de pesquisas qualitativas. Dessa forma, planeja-se suceder os encontros de maneira síncrona por meio de software a ser definido. No caso de encontros on-line não haverá ressarcimento de valores referentes à tarifa de transporte público.

A literatura cita as limitações que o ambiente on-line pode trazer, tais como: a dificuldade de controlar o ambiente em que os participantes estão inseridos no momento, podendo ter imprevistos como barulhos e interrupções; além disso, podem surgir limitações quanto ao uso de tecnologias. Sabendo das possíveis limitações, a equipe de pesquisa estará

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farróupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.319.736

preparada para dar suporte aos participantes nessas situações.

Antes de iniciarem as discussões serão realizadas combinações gerais com todos os participantes, a fim de obter-se o melhor aproveitamento dos encontros. Será recomendado que os participantes evitem a utilização de celular e realização de outras tarefas durante a realização dos encontros; que ativem a função câmera, para promoção da linguagem não-verbal e interação visual entre os participantes do grupo; serão feitas solicitações para que os participantes desativem os microfones enquanto não estiverem falando, evitando interrupções; serão feitos avisos a fim de reforçar o sigilo das informações manifestadas durante o encontro.

Ainda no item 4.4.2, na página 39, foi especificado que os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) serão enviados aos participantes em arquivo digital por e-mail.

Os termos serão enviados uma semana antes do encontro, para que os participantes tenham prazo para declarar seu consentimento até a data do encontro.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde e gestores, Apêndice D, página 56, foram feitas atualizações incluindo informação relativa à gravação em vídeo, caso os encontros sejam realizados de forma on-line.

Além das alterações citadas acima, informamos que a bolsista de iniciação científica Laura dos Santos Ramos foi adicionada na equipe de pesquisa no arquivo do projeto e na Plataforma Brasil.*

(PENDÊNCIA ATENDIDA)

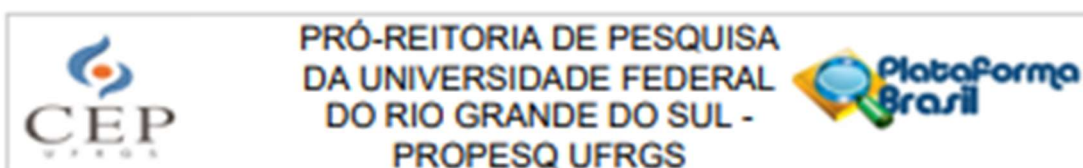
Considerações Finais a critério do CEP:

APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1546705.pdf	28/09/2020 16:59:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mariana_para_CEP_MODIFICADO.pdf	28/09/2020 16:55:16	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Outros	Resposta_parecer.pdf	28/09/2020 16:51:18	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_MODIFICADO.pdf	28/09/2020 16:34:05	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farrowpilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4065 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.319.736

Ausência	TCLE_MODIFICADO.pdf	28/09/2020 16:34:05	LAURA DOS SANTOS RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	22/05/2020 12:23:31	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Q4_Sintese_do_guia_de_temas_e_mom entos_chave_dos_grupos_focais.pdf	19/05/2020 20:09:31	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	ANEXO_A_TERM0_COMPROMISSO_ DE_UTILIZACAO_DOS_DADOS.pdf	19/05/2020 20:05:34	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	APENDICE_B_Dados_caracterizacão_id osos_e_rotêiro_para_entrevista.pdf	19/05/2020 20:02:53	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	APENDICE_A_Roteiro_analise_pontua lões.pdf	19/05/2020 20:01:10	Mariana Timmers dos Santos	Aceito
Outros	Termo_anuência_institucional_DGAPS_ SMS_POA.pdf	19/05/2020 19:44:34	Mariana Timmers dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: elica@propeaq.ufrgs.br

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS



Prefeitura de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DOS DADOS

Título da pesquisa: Análise da continuidade do cuidado em idosos com doença crônica na rede de atenção à saúde

Pesquisador(a) responsável: Prof^ª Dr^ª Maria Alice Dias da Silva Lima

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Telefone e email de contato: (51) 33085481 – malice@enf.ufrgs.br

Eu, pesquisador(a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas nas **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, em especial as de nº 466/2012, 510/2016 e 580/2018**, e complementares.

Assumo o compromisso, JUNTO COM A EQUIPE DE PESQUISA, de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações identificáveis ou pessoais de usuários dos serviços (como prontuário(s) e outros registros), assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos.

Comprometo-me também a destinar os dados coletados somente para o presente projeto de pesquisa.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMSPA)**.

Porto Alegre, 26 de outubro de 2020.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

TERMO DE COMPROMISSO

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – CEP
SMSPA

Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar – CEP 90.010-040
3289.5517 cep-sms@sms.prefpoa.com.br; cep_sms@hotmail.com