

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA-UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

PRISCILLA CIBELE TRAMONTINA

**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

**FLORIANÓPOLIS
2015**

PRISCILLA CIBELE TRAMONTINA

**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Linha de pesquisa: Administração em Saúde e Enfermagem

FLORIANÓPOLIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Tramontina, Priscilla Cibele

Gestão do Cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde centrada no profissional enfermeiro / Priscilla Cibele Tramontina ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello - Florianópolis, SC, 2015.

226 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. Assistência à Saúde. 4. Integralidade em Saúde. 5. Estomia. I. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Priscilla Cibele Tramontina

**GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A
PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 09 de dezembro de 2015, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 09 de dezembro de 2015.

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Presidente
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi
Universidade Federal de Santa Catarina

Dra. Rode Dilda Machado da Silva

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas com estomia, com as quais convivo no meu cotidiano de trabalho, compartilhando sentimentos, angústias e conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente **aos meus pais Janisse e Anesio**, pelo dom da vida e, essencialmente, pela educação recebida, por acreditarem sempre no meu potencial, me impulsionando nos momentos de fraqueza e comemorando minhas conquistas com orgulho;

Ao meu irmão Maurício, por compartilharmos não somente a mesma identidade genética, mas os mesmos valores e sentimentos, e por termos uma amizade e um convívio tão puro e que nos faz tão bem;

Ao meu namorado Ramon, que se tornou em **meu marido** no período do mestrado, com o qual divido não somente um lar, mas também sentimentos, gostos, tristezas e realizações. Obrigada por me incentivar e por entender as minhas loucuras não somente nesta fase de mestrado, mas em todos estes seis anos em que estamos juntos;

Aos meus cachorros Kenzinho e Tunico, pela companhia nos momentos de estudo, pelo carinho, pelos passeios e distrações nos momentos de angústia durante a realização do trabalho;

À minha querida orientadora Ana Lúcia, por entender minhas limitações, por aceitar meus desafios e por acreditar que tudo isso seria possível. Espero que possamos realizar muitos outros trabalhos juntas (o doutorado daqui uns anos, quem sabe...);

Aos membros da banca examinadora Prof. Dra Alacoque Erdmann, Prof. Dra Juliana Girondi, Prof. Dra Selma Regina Andrade, Prof. Dra Rode Dilda Machado da Silva, Doutoranda Greice Lessa, pela disponibilidade e pelas contribuições desde o

momento de qualificação do projeto até a sustentação da dissertação, incentivando e desafiando a empreender e qualificar o cuidado;

Um especial agradecimento a **Prof. Dra Selma Regina Andrade**, pela recepção no GEPADES, por acreditar nas minhas idéias e pela convivência sempre harmoniosa, leve e descontraída;

Aos membros do GEPADES, com quem gostaria de ter convivido muito mais, porém, em virtude da escassez de tempo não consegui me fazer presente com maior frequência. Um agradecimento especial à Aline Pestana, Fernanda Copelli e Valdete Kuehlkamp, pela convivência nas disciplinas, pela ajuda com a codificação, pelas risadas e troca de experiências;

Aos membros do GAO/UFSC, vocês são incríveis!!! Fazer parte desse grupo não me trouxe apenas conhecimento, me trouxe amigos verdadeiros!!! Obrigada pelo carinho, pelo estímulo e pelo incentivo de sempre;

A **Giovana Callegaro Higashi**, pela disponibilidade, carinho e rapidez em providenciar os materiais solicitados. Sua ajuda foi essencial para a realização da revisão de literatura;

As grandes amigas que o mestrado me proporcionou Talita Picoli, Roberta Tono e Simony Nunes. Nosso “encontro” foi mesmo um sucesso!!! Lembrarei com saudades das nossas risadas, angústias, conquistas... Vocês estarão sempre no meu coração...

A **equipe de saúde da Policlínica Municipal Continente**, em especial à **Equipe de Enfermagem**, por me apoiarem nesta caminhada, entendendo minhas ausências e comemorando minhas conquistas;

Um agradecimento especial a **minha amiga e colega de trabalho Magda de Quadros Mohr**, por segurar as pontas por mim nessa reta final do mestrado. Você sim é uma guerreira...

Aos participantes desta pesquisa, pela disponibilidade de tempo para realização das entrevistas e pelo carinho com que fui recebida em cada unidade;

Às pessoas com estomia, com as quais convivo diariamente há quase 3 anos, compartilhando angustias e comemorando conquistas. Saibam que este trabalho foi realizado para vocês;

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pela liberação concedida para realização do mestrado;

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), por me receberem como mestranda após 10 anos de egressa da graduação;

Aos Professores do PEN, pela troca de conhecimento, pelos ensinamentos e pela convivência agradável e produtiva;

Aos funcionários do PEN, pela dedicação e pela competência com que realizam suas funções;

E, por fim, a **Deus**, que me proporcionou todas essas bênçãos... E a **todos** que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, e torceram para que ele acontecesse. Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, tendo como eixo metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. A pesquisa teve por objetivo compreender a Gestão do Cuidado (GC) à pessoa com estomia sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Florianópolis, centrada no profissional enfermeiro. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Foram compostos três Grupos Amostrais (GA) para a coleta de dados sendo os participantes do primeiro GA dez enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dois enfermeiros das policlínicas municipais; do segundo GA a equipe especializada no cuidado à pessoa com estomia do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) sendo um médico, uma enfermeira e uma nutricionista; e do terceiro (GA) uma fisioterapeuta gestora da RAS estadual, uma enfermeira responsável técnica da secretaria municipal de saúde e uma enfermeira especialista em estomaterapia. O modelo teórico explicativo abrangeu o fenômeno “Emergindo a gestão do cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da rede de atenção à saúde centrada no profissional enfermeiro” o qual foi composto pelas categorias: Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia; Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional; Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde; Realizando o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS; Caracterizando o papel dos pontos de atenção em saúde no cuidado à pessoa com estomia. Concluiu-se que o cuidado à pessoa com estomia possui particularidades e deve ser estimulado e desenvolvido em todos os níveis de atenção da RAS, cada qual com sua densidade tecnológica e suas funções definidas, no intuito de potencializar a autonomia, o autocuidado e a reinserção social desta pessoa, minimizando o impacto que a estomia provoca em termos negativos e privativos. A GC à pessoa com estomia deve ser realizada por enfermeiros que compõem as equipes da Saúde da Família com capacitação para o cuidado que lhe compete, bem como pelas equipes especializadas na atenção secundária municipal e estadual, estas atuando como apoiadoras e sendo resolutivas nos casos de maior complexidade. Entendeu-se que não se faz necessária a criação de uma RAS específica para a pessoa com estomia, mas sim ter a disposição uma gama de

serviços, tanto gerais quanto específicos à pessoa com estomia, na RAS como um todo, fortalecendo a mesma enquanto reformulação do sistema de saúde e integração dos serviços. O modelo teórico proposto considerou que uma RAS fortalecida em termos de diversidade de ações e serviços proporcionará uma melhor GC à pessoa com estomia centrada na atuação do profissional enfermeiro.

Descritores: Assistência à Saúde; Integralidade em Saúde; Estomia; Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

It is a descriptive exploratory research, with a qualitative approach, based in Grounded Theory method. The research aimed to understand the Care Management (CM) to the person with ostomy from the perspective of Health Care Network (HCN), focused on professional nursing, of the municipality of Florianópolis, Brazil. The data were collected through semi-structured interview. It was composed three Sample Groups (SG) for data collection. The participants of the first SG were ten nurses of the Family Health Strategy (FHS) and two nurses from the local polyclinics. The second SG were composed by the Centre for Rehabilitation specialized team (a doctor, a nurse and a dietitian). The third SG included a physiotherapist and two nurses that deals with the stomatherapy management in the public health. The theoretical model covered the phenomenon "Emerging the care management the person with ostomy from the perspective of the health care network focused on professional nursing" which was composed by the following categories: Unveiling the care management to the person with ostomy; Knowing the person with ostomy during the graduation period and through professional practice; Performing the care to the person with Ostomy as an integral part of the work process on primary and secondary health care services; Performing the person with Ostomy care through the HCN; Characterizing the role of health care services to the person with ostomy. It was concluded that the caring of the person with ostomy has particularities and should be nurtured and developed in all levels of the HCN, each with its density and their roles defined, in order to increase the autonomy, self-care and social reintegration of this person, minimizing the impact to the ostomy causes. The CM to the person with ostomy should be carried out by primary health teams with training, as well as by specialized teams on secondary municipal and State level, those acting as supporters in cases of greater complexity. It is not necessary to create a specific HCN for the person with ostomy, but the network must have a multiplicity range of services, both general and specifics for the person with ostomy, strengthening the health

system and promoting the integration of services. The theoretical model proposed addressed that a strengthened HCN in terms of diversity of actions and services will provide an improved CM to the person with ostomy.

Keywords: Care management, Person with ostomy, Health Care Network, Nursing.

RESUMEN

Es una investigación exploratoria descriptiva, de enfoque cualitativo, tomando como eje metodológico la teoría fundamentada en datos. La investigación fue orientada a comprender la gestión del cuidado (GC) a la persona con ostomía desde la perspectiva de la red de atención a la salud (RAS), enfermera profesional centrada, del municipio de Florianópolis. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas. Se compusieron tres grupos muestrales (GA) para la recolección de datos. Los participantes del primer GA fueron diez enfermeros de la estrategia de salud de la familia (ESF) y dos enfermeras de las policlínicas locales; el segundo GA fue compuesto por el equipo especializado en atención a la persona con ostomía de un centro de rehabilitación (un médico, una enfermera y un nutricionista). Del tercero GA participaron una fisioterapeuta y dos enfermeras en cargo de gestión de salud pública en el área de las personas con ostomía. El modelo teórico que explica el fenómeno "Emergiendo la gestión a la persona con ostomía desde la perspectiva de la red de salud enfermera profesional centrada" que fue compuesto por categorías: La gestión de la atención a la persona con ostomía; Conociendo a la persona con ostomía durante el pregrado y a través de la práctica profesional; Realizando el cuidado de la persona con ostomía como parte integral del proceso de trabajo en atención primaria y secundaria; Realizando el cuidado de la persona con ostomía a través de RAS; Caracterizando el papel de la atención en salud a la persona con ostomía. Se concluyó que el cuidado de la persona con ostomía tiene particularidades y debe ser cultivado y desarrollado en todos los niveles de la RAS, cada una con su densidad y sus roles definidos, con el fin de aumentar la autonomía, el autocuidado y la reinserción social de esta persona, minimizando el impacto que la ostomía provoca. La GC a la persona con ostomía debe llevarse a cabo por equipos de la ESF con entrenamiento para el cuidado, así como equipos especializados en secundaria atención municipal y del estado, como apoyadores en casos de mayor complejidad. No es necesario crear una red específica para la persona con ostomía, pero en la RAS, en su

conjunto necesita proveer una gama de servicios, ambos generales y específicos para la persona con ostomía, fortaleciendo la misma y el rediseño del sistema de salud. El modelo teórico propuesto entiende que una RAS fortalecido en términos de diversidad de acciones y servicios proporcionará una GC mejora a la persona con ostomía.

Palabras-clave: Gestión del cuidado, Persona con ostomia, Red asistencial, Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição sócio-demográfica dos participantes da pesquisa, conforme grupo amostral.	63
Quadro 2: Modelo utilizado para a transcrição das entrevistas	67
Quadro 3: Exemplo de códigos iniciais da primeira etapa da análise de dados.	70
Quadro 4: Exemplo de agrupamento dos códigos preliminares em subcategorias	72
Quadro 5: Exemplificando a criação das categorias por meio da integração dos códigos e subcategorias.....	74
Quadro 6: Memorando 2 "Refletindo acerca da pessoa com estomia e suas necessidades de cuidado"	78
Quadro 7: Memorando 7 "Refletindo sobre a necessidade de uma equipe especializada para o cuidado à pessoa com estomia"	79
Quadro 8: Memorando 13 "Refletindo sobre a otimização do cuidado de enfermagem no segundo nível de atenção na RAS"	80
Quadro 9: Apresentação dos resultados da pesquisa com os códigos formadores das subcategorias e categorias. Florianópolis, 2015.....	202

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABL	Academia Brasileira de Letras
ABRASO	Associação Brasileira de Ostomizados
APS	Atenção Primária em Saúde
ARPO	Associação Regional da Pessoa com Estomia
CCR	Centro Catarinense de Reabilitação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CS	Centro de Saúde
CTA	Centro de testagem e aconselhamento
DS	Distritos Sanitários de saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GAO	Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada
GC	Gestão do Cuidado
GEPADES	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não-Governamental
PcD	Pessoa com deficiência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES/SC	Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SOBEST	Associação Brasileira de Estomaterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria fundamentada nos dados

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVO	30
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	31
3.1 ESTOMIAS – CONCEITOS, HISTÓRIA E ASPECTOS LEGAIS	32
3.2 VIVER COM ESTOMIA.....	38
3.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	43
3.4 GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	49
4 MÉTODO.....	55
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	55
4.2 LOCAL DO ESTUDO	58
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	61
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	65
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	67
4.6 CONSTRUÇÃO DOS MEMORANDOS	77
4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA	81
5 RESULTADOS.....	83
5.1 MANUSCRITO 1: GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	84
5.2 MANUSCRITO 2: SIGNIFICADOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E REPERCUSSÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	186
REFERÊNCIAS	189

APÊNDICE A: ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO.....	200
APÊNDICE B: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EM CÓDIGOS, SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS.....	202
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	217
APÊNDICE D: PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	219
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	225

1 INTRODUÇÃO

Estomia é uma palavra de origem grega cujo significado relaciona-se à abertura ou boca, representando a exteriorização de uma víscera oca do corpo, associada à eliminação de secreções ou excreções de forma não fisiológica. A confecção de uma estomia acontece por vários motivos, normalmente doenças inflamatórias, tumores ou traumas, podendo ser temporária ou definitiva. As estomias intestinais e urinárias são as mais frequentes, porém a ausência de sistematização no registro destes procedimentos dificulta a precisão dos dados sobre sua prevalência (SANTOS, 2007; SILVA, 2014).

A confecção de uma estomia representa um marco na vida da pessoa que se submete a tal procedimento, despertando modos singulares de enfrentamento desta nova condição. Adaptar-se a ser ou estar com estomia constitui um processo complexo. Não obstante, o cuidado em saúde à pessoa com estomia se apresenta igualmente de forma particular e complexa. O profissional de saúde que presta esse cuidado deve desenvolver habilidades e competências adequadas no intuito de contribuir para a adaptação e reabilitação desta pessoa, possibilitando que o enfrentamento da situação aconteça de maneira mais tranqüila possível (PAULA; TAKAHASHI, 2014).

No âmbito do cuidado à pessoa com estomia destaca-se o enfermeiro como profissional apto para a sua realização, especialmente pela competência inerente a sua formação, assim como pela especialidade em Estomaterapia, exclusiva desta categoria profissional. O enfermeiro estomaterapeuta possui conhecimento, treinamento específico e habilidades para o cuidado à pessoa com estomia, feridas

agudas e crônicas, fístulas e incontinências (COSTA; SQUARCINA; PAULA, 2014).

A portaria nº 400 de 2009, publicada pelo Ministério da Saúde (MS), a qual estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde da pessoa com estomia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), define que o cuidado à pessoa com estomia deve ser realizado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Moraes (2014) reforça a importância do enfermeiro capacitado como componente desta equipe, destacando que seus conhecimentos e habilidades contribuem significativamente para a promoção da qualidade de vida da pessoa com estomia, tanto antes quanto depois da realização do procedimento cirúrgico.

Para abarcar a diversidade e complexidade do cuidado à pessoa com estomia faz-se necessário a disponibilidade de uma gama de recursos tanto na área da saúde quanto na área social, para a garantia de direitos e exercício da cidadania de forma plena e saudável. Para além do fornecimento de equipamentos coletores de fezes e urina, a pessoa com estomia precisa de serviços e ações em saúde que atuem de forma articulada e integrada, proporcionando a integralidade do cuidado à pessoa com estomia e seus familiares.

Neste sentido, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS se estabelece como importante estratégia para disposição de ações e serviços nas regiões de saúde. A RAS se fundamenta na articulação e integração entre os pontos de atenção que a compõe e apresenta como desafio o desenvolvimento de relações horizontais, pautando sua construção no princípio da integralidade (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

No entanto, dispor de serviços e ações e saúde, por si só, não caracteriza que o cuidado será realmente integral e resolutivo. Elementos como modelos de gestão podem auxiliar na efetivação do cuidado em rede, direcionando os passos de gestores, profissionais de saúde e na conseqüente melhoria do cuidado aos usuários (BRASIL, 2010). Entende-se a gestão como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologias (LOPES et al, 2009).

Na busca pela integralidade do cuidado por meio da RAS destaca-se como importante ferramenta para auxílio nesta construção a Gestão do Cuidado (GC) em saúde. Conforme Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde pode ser definida como

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades de cada pessoa, em diferentes momentos de suas vidas, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanescentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO, 2011, p.589).

No que tange a pessoa com estomia, a construção da RAS e a gestão do cuidado emergem no cotidiano do trabalho em saúde. Tais temas despertaram o interesse na realização da pesquisa por fazerem parte da experiência diária da pesquisadora. Após atuar por dez anos na Atenção Primária em Saúde (APS) e deparar-se constantemente com a complexidade no desenvolvimento do cuidado à pessoa com estomia, na atualidade realiza a gestão do serviço de atenção à saúde da pessoa com estomia no município de Florianópolis. Neste setor é realizada a

abertura de processos para recebimento dos materiais de estomia, gerenciamento destes materiais, consultas de enfermagem para educação em saúde com foco no autocuidado, identificação de dificuldades com uso dos dispositivos ou complicações relativas às estomias, assim como manutenção do contato direto com a Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), a qual realiza o provimento do material mensalmente aos municípios. Fundamenta-se como referência para os Centros de Saúde (CS) de Florianópolis, aos quais é reservado o cuidado básico à pessoa com estomia, incentivo ao autocuidado, à promoção da saúde e à prevenção de complicações relativas às estomias.

Nesta caminhada profissional, o envolvimento com a causa da pessoa com estomia foi imediata e gratificante. Pelo reconhecimento do trabalho realizado a pesquisadora atualmente é membro do Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada da Universidade Federal de Santa Catarina (GAO/UFSC), com sede no Departamento de Enfermagem, o qual desenvolve atividades de pesquisa e extensão voltada para o cuidado à pessoa com estomia e seus familiares. Como gestora do serviço de referência municipal, participa mensalmente das reuniões da Associação Regional da Pessoa Ostomizada (ARPO), que consiste em uma Organização Não-Governamental (ONG) a qual busca auxiliar a pessoa com estomia na reintegração social, realizando atividades educativas e troca de experiências com os participantes. Ainda, pelo interesse e atuação na gestão em saúde, buscou integrar-se ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES-UFSC), do qual é membro e desenvolve pesquisas pautadas nesta temática. Estas parcerias despertaram ainda mais o interesse em pesquisar a gestão do cuidado a

pessoa com estomia, assim como a construção da RAS no município de Florianópolis.

Assim sendo, no intuito de compreender as particularidades da gestão do cuidado à pessoa com estomia no âmbito da RAS, a questão norteadora desta pesquisa foi: *Como ocorre a gestão do cuidado à pessoa com estomia no município de Florianópolis, sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde centrada na atuação do profissional enfermeiro?*

2 OBJETIVO

Compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da rede de atenção à saúde, centrada na atuação do profissional enfermeiro.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

No intuito de assegurar que os conteúdos de suma importância para a elaboração desta dissertação fossem estudados de forma mais aprofundada buscou-se neste capítulo explorar alguns temas relativos à pessoa com estomia intestinal e urinária, a gestão do cuidado em saúde e a rede de atenção à saúde.

Como forma de organização, optou-se por descrever no primeiro momento os aspectos conceituais, históricos e do arcabouço legislativo brasileiro para a pessoa com estomia e no segundo momento uma breve revisão da literatura acerca desta temática. Esta revisão foi realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF com recorte temporal de cinco anos (2010 a 2014). Buscaram-se artigos científicos com texto disponível na íntegra e gratuitamente, nos idiomas inglês, português e espanhol. Utilizou-se para esta busca os descritores “estomia”, “estoma” e “ostomia”, além das palavras-chave “estomizado” e “ostomizado” para abarcar todas as nomenclaturas utilizadas de forma distinta pelos autores. Foram encontrados 23 artigos sendo 22 artigos de pesquisas originais e 1 artigo de reflexão, os quais serão abordados em forma de revisão narrativa de literatura. Além dos artigos elencados, citou-se capítulos de livros de estomaterapia, mesmo tendo sua publicação fora do recorte temporal utilizado na revisão.

Cabe aqui ressaltar que se encontra na literatura, assim como no cotidiano do atendimento em saúde, o uso dos termos estomia ou ostomia, tanto pelos profissionais de saúde como pelos indivíduos e famílias, como sinônimos. No Brasil, a Academia Brasileira de Letras (ABL) em consulta realizada pela Associação Brasileira de

Estomaterapia (SOBEST), concluiu que o termo ostoma não faz parte da língua portuguesa, mas sim o vocábulo estoma. No entanto, a legislação brasileira, assim como a Associação Brasileira de Ostomizados (ABRASO), ainda utilizam o termo ostomia e ostomizado em seus documentos. Nesta dissertação utilizaremos os termos estoma, estomia e pessoa com estomia em conformidade com a língua portuguesa, porém manteremos a grafia utilizada no arcabouço legal brasileiro, quando citados.

Quanto à GC em saúde e a RAS buscou-se todos os artigos, independente do ano de publicação, os quais não representaram uma quantidade significativa, justificando a existência de lacuna no conhecimento. Optou-se por destacar alguns estudos atualizados e explorar de forma mais aprofundada os documentos legais produzidos pelo MS acerca da temática da RAS. Quanto ao tema gestão do cuidado em saúde, os estudos apresentam-se de forma incipiente, sendo uma abordagem com lacunas em termos de conceituação, carecendo, portanto de maiores descobertas nesta área.

3.1 ESTOMIAS – CONCEITOS, HISTÓRIA E ASPECTOS LEGAIS

Os termos estoma e estomia são designativos oriundos do idioma grego, os quais tem o significado de boca ou abertura. São utilizados para indicar a exteriorização de qualquer víscera oca através do corpo, com funções e indicações variadas. Conforme o segmento do corpo de onde provém o estoma, podem ser classificados em estomias de eliminação fecal e urinária, estomias alimentares e estomias respiratórias (PAULA; SPERANZINI, 2014; SANTOS, 2000).

Os tipos de estomias mais frequentes na prática clínica são as colostomias (exteriorização do segmento cólico), ileostomias (exteriorização do íleo) relacionadas à eliminação intestinal e jejunostomias (exteriorização do jejuno) relacionadas à nutrição enteral pós pilórica (PAULA; SPERANZINI, 2014; SANTOS, 2000).

As estomias urinárias apresentam características próprias, as quais por consequência determinam cuidados diferenciados assim como equipamentos adequados ao conteúdo drenado. São classificadas como Continentes, quando tem por objetivo a criação de um reservatório de baixa pressão para armazenamento da urina com esvaziamento voluntário em intervalos estipulados e Incontinentes, quando a urina é drenada sem possibilidade de controle, sendo necessário dispositivo coletor, cateteres entre outros equipamentos selecionados de acordo com a particularidade de cada pessoa. As mais frequentes e conhecidas são a nefrostomia, a pielostomia, a ureterostomia, a vesicostomia e a cistostomia (MACIEL, 2014; MURAGAKI; RAICHER, 2014; PELEGRINO, 2014).

Com relação às estomias intestinais podemos classificá-las, além do segmento intestinal exteriorizado, como temporárias ou definitivas, terminais ou em alça. Normalmente as estomias temporárias possuem duas bocas e são realizadas em alça, possibilitando o restabelecimento do trânsito intestinal com fechamento do estoma sem necessitar de laparotomia. As estomias definitivas e terminais com frequência são realizadas após amputação abdominoperineal do reto ou sigmóidectomia, não sendo possível o restabelecimento do desvio cirúrgico, com consequente perda definitiva da função esfinteriana

(GAMA; ARAUJO, 2000; PAULA; SPERANZINI, 2014; SANTOS, 2007).

Neste sentido, a pessoa com estomia possui o trânsito intestinal ou urinário desviado cirurgicamente para fins de eliminação de conteúdo fecal, gases ou urina. Essa condição implica em perda do controle das eliminações, pois o estoma é desprovido de esfíncter, sendo necessário o uso contínuo de um sistema coletor adaptado conforme o tipo de estomia realizada, condição esta que impõe a pessoa com estomia mudanças radicais em seu estilo de vida, aceitação da nova imagem corporal e adaptação constante a nova condição.

Historicamente, as primeiras cirurgias abdominais conhecidas por meio dos escritos de Aurelianus Caelius aconteceram em torno do ano 300 a. C. sendo estas efetuadas por Praxágoras o qual abriu o íleo para realização da evacuação, fechando-o novamente. Com relação às estomias, Alex Littré é considerado o “pai da colostomia”, pois idealizou sua confecção em 1710 durante a realização de autópsia em um recém-nascido com malformação retal. Mesmo não tendo confeccionado o estoma, descobriu que poderia exteriorizar as alças intestinais através da parede abdominal (SANTOS, 2000).

Relatos indicam que a primeira colostomia teria sido realizada por volta do ano de 1750 num caso de hérnia encarcerada. Outros autores atribuem a Duret, professor de cirurgia do Hospital Militar da Marinha de Brest a primeira derivação fecal ílica esquerda, realizada em um neonato com ânus imperfurado. Ainda, Pillore é apontado como médico que confeccionou a primeira estomia com sucesso, realizado em 1776 (SANTOS, 2000).

No decorrer dos anos, principalmente no século XX, as técnicas cirúrgicas foram aprimoradas gradativamente, sendo que em 1950 a cirurgia para confecção de estomas apresenta um salto de qualidade no que tange o procedimento cirúrgico e os equipamentos. Anteriormente a esse período, as pessoas sobreviventes à cirurgia se apresentavam infelizes, incapazes de trabalhar, isoladas e rejeitadas socialmente e pó su própria família (CASCAIS et al, 2007).

A etiologia das estomias intestinais está associada ao câncer de cólon e reto, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, incontinência anal, colite isquêmica, polipose adenomatosa familiar, megacolon, infecções perineais graves e proctiteactínica. Destacam-se ainda como causa os traumas representados por acidentes automobilísticos, ferimentos por arma de fogo ou perfurações por arma branca, resultados da violência que alcança níveis alarmantes principalmente nos grandes centros urbanos. Quanto às etiologias das estomias urinárias podemos citar os tumores relacionados ao sistema urinário e genital feminino e masculino, além dos traumas (MARTINS et al, 2006; PAULA; SPERANZINI, 2014).

Para o ano de 2014, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) apresentou a estimativa para o Brasil de aproximadamente 32.600 casos novos de câncer de cólon e reto, principal responsável pela confecção de estomias intestinais. Ocupa o terceiro lugar para o sexo masculino no quadro das neoplasias de localização primária, perdendo apenas para o câncer de próstata e traquéia, brônquio e pulmão, e o segundo lugar na população feminina, estando o câncer de mama na primeira posição. Com relação ao câncer de bexiga os dados são mais representativos entre o sexo masculino ocupando o oitavo lugar dentre as dez principais

causas de neoplasias primárias. Na população feminina, por ter pouca representatividade estatística não estava presente no quadro das dez principais causas de neoplasias (BRASIL, 2014).

Quanto aos aspectos epidemiológicos acerca da realização de estomias no Brasil, por se tratarem de uma consequência ou seqüela relativa à outra doença de base ou trauma, enfrentamos dificuldades em encontrar registros sistematizados. Santos (2007) afirma que por se tratar de um país com dimensões continentais, as falhas nos registros, assim como os problemas de comunicação, afetam diretamente os dados estatísticos relativos à confecção de estomias.

No Brasil, os direitos da pessoa com estomia no sentido da atenção integral à saúde vêm sendo garantido por meio de legislações, as quais se aprimoram no decorrer dos anos. Citam-se como avanço a portaria nº 1.060 de 2002 que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, na qual está contemplada, porém de modo insipiente, a pessoa com estomia e o decreto nº 5.296 de 2004, no qual a pessoa com estomia passa a ser considerada como pessoa com deficiência física.

Contudo, no ano de 2009, a publicação pelo MS da portaria nº 400 resumiu em um documento a garantia de direitos reivindicados durante anos pelos movimentos e organizações-não-governamentais (ONG) das pessoas com estomia. Esta portaria estabeleceu as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas com Estomias no âmbito do SUS. Ela destaca a garantia às intervenções especializadas de natureza interdisciplinar e que o pleno atendimento às necessidades específicas desta população depende da qualificação dos processos de atenção que incluem prescrição, fornecimento e adequação de

equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança (BRASIL, 2009).

Para além dos equipamentos especializados, esta portaria determina a organização dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia (SASPO) I e II, com equipe multiprofissional e estrutura apropriada em conformidade a sua classificação, caracterizando-se como serviço ambulatorial especializado de média complexidade. O SASPO I presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estomia, com o objetivo de reabilitar, orientar para o autocuidado e prevenir complicações, assim como fornecer equipamentos coletores e adjuvantes. Para desenvolver estas atividades conta com uma equipe composta por médico, enfermeiro e assistente social. O SASPO II se diferencia nas atividades por prestar todos os cuidados acima citados, porém realiza o tratamento das complicações com a estomia, necessitando para isso de equipe ampliada, sendo esta composta por médico, de preferência cirurgião com especialidade em coloproctologia, enfermeiro com capacitação em estomaterapia, psicólogo, nutricionista e assistente social. Destaca-se ainda a responsabilidade da atenção básica, a qual foi designada as ações de orientação para o autocuidado e prevenção de complicações nas estomias no seu nível de atenção (BRASIL, 2009).

No ano de 2012, com o intuito de garantir que o sistema público de saúde oferecesse uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua, o MS publica a portaria nº 793, na qual institui as Redes de

Cuidados à Pessoa com Deficiência (PcD) no âmbito do SUS. Este documento traz como objetivo, além do acesso e qualificação do atendimento, a promoção da vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, estomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção, assim como articulação e integração dos pontos de atenção da RAS qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. Para maior conhecimento, esta portaria será apresentada na sustentação teórica na temática que abrange a RAS.

3.2 VIVER COM ESTOMIA

Para além dos aspectos conceituais e legais, possuir uma estomia intestinal ou urinária desencadeia na pessoa os sentimentos mais variados, principalmente relacionados à nova condição de vida e sua adaptação. Os estudos atuais remetem a essa temática, explorando nas pesquisas o autocuidado, o viver com estomia intestinal, a complexidade do cuidado em saúde da pessoa com estomia, entre outros temas que serão abordados neste momento da sustentação teórica. Cabe ressaltar que na temática da GC para a pessoa com estomia foi constatada quantidade limitada de estudos, criando uma lacuna no conhecimento, reforçando a importância da realização desta pesquisa. Observa-se também a falta de estudos na temática da rede de atenção a saúde relacionada à pessoa com estomia, igualmente importante para a garantia do cuidado integral a saúde desta população específica.

Perceber-se com uma estomia principalmente nos momentos pós-cirúrgicos e pós alta hospitalar remete o paciente a sentimentos desconhecidos e, muitas vezes inesperados, sendo estes reflexos da cirurgia mutilante que altera a autoimagem dos indivíduos, causando forte impacto no seu viver (BARROS et al, 2012). Dentre estes sentimentos destacam-se a raiva, a depressão, o medo provocado pela alteração da imagem corporal, tanto pela presença do estoma quanto pelo sistema coletor adaptado ao corpo. Nesse processo vivencial, muitas pessoas necessitam de suporte e apoio psicológico seja este adquirido pelo seu ciclo familiar, pelas amizades e, muitas vezes, pelos profissionais de saúde a fim de facilitar a sua adaptação e aceitação à nova vida (ARDIGO; AMANTE, 2013).

A submissão dos pacientes ao procedimento cirúrgico para confecção de uma estomia proporciona uma perspectiva de vida alterada, tanto pela imagem corporal negativa como pelas mudanças nos padrões de eliminação, dos hábitos alimentares e de higiene. Esta condição implica em adaptar-se ao uso do equipamento, resultando em baixa autoestima, comprometimento da sexualidade e em isolamento social, refletindo diretamente na baixa da qualidade de vida da pessoa com estomia (NASCIMENTO et al, 2011).

Neste processo de adaptação a família tem papel fundamental tanto na reinserção desta pessoa novamente no seu cotidiano, quanto na reabilitação exercendo, por diversas vezes, a função de cuidador. O apoio familiar, pelo laço de afetividade existente, ameniza a situação em si no sentido de confortar e transmitir segurança. No entanto, estes familiares precisam estar aptos para realização do cuidado seja durante a internação hospitalar ou no contexto domiciliar, assim como instruídos

acerca das modificações corporais que serão enfrentadas conjuntamente a pessoa com estomia. Não somente mudanças físicas que implicam no cuidado com sistemas coletores, higienização e cuidados com a manutenção da integridade da pele, como também as mudanças psicológicas e sociais como depressão, isolamento ou falta de aceitação a condição de viver com estomia. Profissionais de saúde devem instrumentalizar a família para o cuidado, sendo fundamental para a aceitação da pessoa com estomia a aceitação do familiar acerca da sua condição (ARDIGO; AMANTE, 2013).

Estudos apontam a preparação da pessoa que irá receber a estomia, assim como seus familiares, antes do ato cirúrgico, como sendo de fundamental importância. Esta preparação proporciona que a estomia deixe de ser algo estranho e inesperado e se transforme em algo previamente conhecido e esperado, minimizando o impacto da situação e facilitando o aprendizado dos cuidados necessários com o sistema coletor. Contribui também para a integridade da pele, melhora a reinserção social, diminui complicações posteriores por identificar precocemente possíveis problemas no decorrer do cuidado. Estas informações devem ser fornecidas de forma clara e objetiva para o melhor entendimento da pessoa e dos familiares. A falta de conhecimento prévio acerca dessa condição torna as pessoas mais suscetíveis, depressivas e comumente menos adaptadas a nova situação (ARDIGO; AMANTE, 2013; UMPIÉRREZ, 2013).

O cuidado à pessoa com estomia exige reflexão acerca dos aspectos de reabilitação, desafiando o profissional de saúde, principalmente de enfermagem, sendo indispensável o conhecimento das necessidades desses pacientes que, além de serem diversas, mudam

constantemente. A adaptação tem a capacidade de modificar a relação entre o estresse e a enfermidade, controlando os fatores que resultaram na inadaptabilidade e levando à aceitação e convivência harmônica com a nova situação (NASCIMENTO et al, 2011).

No intuito de auxiliar a pessoa com estomia e seus familiares no processo de adaptação e reabilitação, estudos apontam a educação em saúde, o autocuidado, assim como as tecnologias em saúde como importantes ferramentas. Neste sentido, o papel do profissional da saúde, com especial relevância ao profissional da enfermagem, apresenta-se como fundamental para a promoção da autonomia e da independência da pessoa com estomia.

No que tange a educação em saúde, pesquisas trazem como proposta o uso da pedagogia Freireana aplicada à enfermagem no sentido de construir uma educação reflexiva, crítica e problematizadora junto às pessoas com estomia. Estudo de Martins e Alvim (2012) revelou saberes e práticas tanto dos profissionais quanto das pessoas com estomias, compartilhando experiências e construindo coletivamente o plano terapêutico individual, reforçando que cada pessoa percebe de forma diferente sua condição de saúde. Outro estudo acerca da educação permanente em saúde utiliza o Itinerário de Pesquisa Freireano e aponta como evidência que não é proporcionada à pessoa com estomia a orientação necessária, antes e após a cirurgia, de maneira dialógica. Consideram que este fato ocasiona dificuldades de adaptação à nova realidade, assim como prolonga o período de reabilitação. As autoras revelam a necessidade de construção de um programa de educação permanente em saúde com a participação ativa da pessoa com estomia (CUNHA; BACKES; HEIDEMANN, 2012). A educação precisa

contribuir para a auto formação da pessoa ajudando-a a assumir sua condição humana, auxiliando-a a viver e a agir com cidadania plena. O ato de educar ajuda a pessoa a exercer sua autodeterminação e independência, operando uma rede de apoio no sentido de mobilizar as pessoas na busca de um sentido para a vida, com conseqüente melhora da sua autoestima (BARROS et al, 2012).

Quanto ao autocuidado observa-se em alguns estudos que este se apresenta como o desencadeador do ganho de autonomia da pessoa com estomia, e conseqüentemente, do familiar/cuidador. O estímulo ao autocuidado deve ser iniciado ainda na internação hospitalar, porém respeitando o tempo e a necessidade de cada pessoa. Estudo realizado em três hospitais públicos de Santa Catarina com 10 pessoas com estomias e seus familiares revela que em 90 dias após alta hospitalar as pessoas com estomias iniciaram o desenvolvimento ou a retomada de sua capacidade funcional. Mesmo sendo um período breve para o quesito adaptação, o autocuidado e o retorno gradativo às atividades cotidianas ocorreram, porém não na plenitude das possibilidades (POLETO; SILVA, 2013). No processo de construção de sua autonomia, a pessoa necessita iniciar o cuidado diário e manter contato constante os equipamentos, o que não se consolida como uma tarefa fácil por proporcionar o contato direto com a cirurgia, a qual provocou a alteração da sua imagem corporal. Ainda, destaca que a manipulação direta de suas fezes ou urina os remete à consciência de suas limitações e da mudança real ocorrida com a cirurgia.

Embasado nesta breve revisão de literatura acerca das dificuldades de ser pessoa com estomia, suas particularidades e potencialidades para o cuidado mais digno e humanizado, pressupõe-se

que a construção da rede de atenção à saúde articulada no sentido de garantir a integralidade do cuidado a esta população se faz necessária e depende do engajamento tanto da pessoa com estomia, quanto dos familiares, dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade civil organizada. Essa busca incessante está caminhando a passos lentos, porém com pretensões grandiosas, de garantia de direitos e respeito à cidadania.

3.3 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pensar na estruturação de um sistema de saúde sob forma de rede de atenção no Brasil nos remete ao texto da Constituição Federal (CF) de 1988 e conseqüente construção do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo número 196, menciona que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Ao longo dos anos de consolidação do SUS, tem-se buscado estabelecimento desta RAS de forma articulada e integrada, com capacidade de responder aos problemas de saúde com resolutividade, de forma integral e contínua. Neste capítulo, apresentam-se sinteticamente os conceitos e elementos da RAS, e destacam-se legislações, documentos e produções científicas relevantes para a sustentação teórica desta pesquisa.

Observa-se que os modelos de RAS propostos são relativamente recentes, apresentando suas origens nas experiências de sistemas integrados de saúde, emergidas na primeira metade dos anos 90

nos Estados Unidos. Desde então, se propagaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá, e posteriormente atingiu alguns países em desenvolvimento. Contudo, pode-se considerar a proposta de RAS como quase centenária, uma vez que foi publicada e defendida pela primeira vez, no Relatório Dawson, datado de 1920 (MENDES, 2011).

O fundamento para a estruturação da RAS está pautado na sua função estratégica, no sentido de ser imprescindível para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, assim como aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando aos usuários um conjunto de ações e serviços eficientes. Não obstante sejam inegáveis os avanços no setor saúde no decorrer da construção do SUS, a fragmentação das ações e a gestão em saúde ainda necessitam ser qualificadas, proporcionando o cuidado em saúde cada vez mais resolutivo e eficiente (BRASIL, 2010).

Conforme documento publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a ser utilizado como base para a criação da RAS nos países da Região das Américas e Caribe, aprovado em reunião do Conselho Diretivo da OPS em Washington (EUA) no ano de 2009, a RAS é definida como

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011, p.15).

Em 2010 o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria n 4.279, a qual tem por finalidade o estabelecimento de diretrizes para a

organização da RAS no âmbito do SUS, constando a definição desta como

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.4).

A RAS tem por objetivo promover a integração do sistema de saúde por meio de suas ações e serviços, provendo atenção contínua e integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de buscar incrementar o SUS em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como eficiência econômica. Possui como centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS), por se constituir como primeiro nível de atenção do sistema e ser resolutiva nos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde. Tais características definem a APS como coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção da RAS, sendo de sua responsabilidade a manutenção da atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e interdisciplinar, compartilhando objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

Os pontos de atenção à saúde podem ser entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. Citam-se como exemplo os domicílios, as unidades básicas de saúde, ambulatórios especializados, unidades de pronto atendimento, centros de atenção psicossocial, sendo que os hospitais podem abarcar vários pontos de atenção à saúde na mesma estrutura. Na perspectiva da RAS, os pontos de atenção se apresentam com igualdade de importância para o cumprimento dos objetivos

comuns, sendo diferenciados apenas devido à densidade tecnológica que o caracteriza (BRASIL, 2010). Destaca-se que a atenção secundária e atenção terciária em saúde, também denominada de média e alta complexidade, respectivamente, se caracterizam como nós para a RAS, pela sua concentração espacial no território e pela sua alta densidade tecnológica, muitas vezes dificultando o acesso e a relação horizontal com a APS (MENDES, 2011).

Consideram-se como fundamentos da RAS a Economia de Escala, a qualidade, a suficiência, o acesso e a disponibilidade de recursos. Entende-se que a Economia de Escala ocorre

quando os custos médios de longo prazo diminuem, ao passo que aumenta o volume de atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número destas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos e humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010, p. 6).

A qualidade em saúde pode ser melhor entendida com o conceito de graus de excelência de cuidado, os quais pressupõe avanços e retrocessos em seis dimensões, sendo elas: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade. Em conjunto com a qualidade, a suficiência pode ser compreendida como um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade adequadas para o atendimento as necessidades de saúde de determinada população, incluindo cuidados em todos os níveis de atenção, assim como reabilitação, preventivos e paliativos, todos realizados com qualidade. Neste sentido, o conceito de acesso corrobora com qualidade

e suficiência, sendo entendido como a ausência de barreiras geográficas, financeiras, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado (BRASIL, 2010).

Os elementos que constituem a RAS são a **população e sua região de saúde**, sua **estrutura operacional** e seu **modelo de atenção em saúde**.

A população, considerada razão de existência da RAS, deve ser conhecida por meio de diagnóstico do território, cadastramento das famílias, classificação por risco sóciosanitário e vinculação a sua equipe da estratégia saúde da família (MENDES, 2011). A região de saúde foi conceituada no Decreto nº 7.508 de 2011 como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados conforme sua identidade cultural, econômica e social e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, tendo como finalidade a integração, a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Quanto à estrutura operacional das RAS podem-se considerar cinco componentes, sendo eles o centro de comunicação constituído pela APS; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos que se constituem pelo cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de regulação do acesso aos níveis de atenção e sistemas de transporte sanitário; e por fim o sistema de governança. Para um funcionamento ideal desta estrutura, a comunicação entre os pontos deve ser extremamente eficaz (MENDES, 2011).

No que tange o modelo de atenção à saúde pode-se considerá-lo como um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, realizando a articulação das relações entre a população, os focos das intervenções do sistema de saúde os diferentes tipos de intervenções sanitárias. É definido conforme a visão que prevalece da saúde, das condições demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado período de tempo e em determinada sociedade (BRASIL, 2010; MENDES, 2011). Cabe aqui ressaltar que, para que a RAS exerça sua função de garantia do cuidado pautado na integralidade, será preciso transcender o modelo hegemônico.

Em conformidade com a portaria da RAS, o MS publicou documentos caracterizados como Redes Temáticas de Atenção à Saúde, dentre elas a RAS Urgência e Emergência, RAS Doenças Crônicas e RAS de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RAS PcD), entre outras. Para esta proposta, a RAS PcD é de fundamental importância por contemplar a pessoa com estomia no escopo das deficiências por ela atendidas.

Sob o nº 793, a portaria da RAS PcD foi publicada pelo MS em 2012 e tem por finalidade instituir a RAS de cuidados à PcD no âmbito do SUS. Sua criação foi pautada na necessidade de que o SUS oferecesse uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Considerou também a possibilidade de ampliação e diversificação de serviços para iniciar precocemente as ações de reabilitação e prevenção precoce de incapacidades em atenção às pessoas com deficiência física, auditiva,

intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências. Este documento traz como objetivo além do acesso e qualificação do atendimento, a promoção da vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção, assim como articulação e integração dos pontos de atenção das RAS, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012).

Tanto os componentes quanto a operacionalização da RAS PcD seguem as diretrizes aqui citadas da RAS de forma geral. Além da qualificação dos pontos de atenção à saúde já existentes, sugere a criação e habilitação de novos pontos para atendimentos a demandas específicas da pessoa com deficiência, assim como o uso do projeto terapêutico singular como ferramenta para qualificação do cuidado (BRASIL, 2012).

Sabe-se que a construção da RAS no Brasil caminha a passos lentos, mesmo com inúmeros avanços alcançados pelo SUS no decorrer dos anos. Sendo assim, considera-se que a busca pelo cuidado à pessoa com estomia com qualidade, eficácia e eficiência perpassam pela consolidação da RAS nos seus diversos pontos de atenção, necessitando contemplar a importância da sua melhoria e qualificação tanto no âmbito operacional quanto na mudança do modelo assistencial vigente.

3.4 GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A Gestão do Cuidado em Saúde, ainda pouco explorada na literatura de forma geral, nos remete a estratégias de gestão das ações e serviços de saúde componentes da RAS, tanto para profissionais de

saúde responsáveis pelo cuidado, quanto para os usuários que o recebem e também o gerenciam no cotidiano de suas vidas.

A busca por conceitos para a GC em saúde se apresenta como um desafio pela escassez de produção científica com foco na temática, assim como discordância entre os autores acerca dos significados desta expressão. Como exemplo, a legislação de enfermagem do Chile nos traz a GC como função exclusiva do profissional enfermeiro, definindo como

a aplicação de um julgamento profissional no planejamento, organização, motivação e controle, provendo cuidados oportunos, seguros, integrais, que asseguram a continuidade da atenção e se sustentem em políticas e diretrizes estratégicas da instituição (MILOS, BÓRQUEZ, LARRAIN, 2010, p.18).

O entendimento da GC na legislação chilena de enfermagem conforme apresentado pelas autoras Milos, Bórquez e Larrain (2010, p.19) sofreu modificações e adaptações referentes à mudança de modelo assistencial no país, o qual direcionou a organização em rede de atenção com diferentes níveis de complexidade, passando a ser compreendido como “as ações destinadas à promoção, manutenção e restauração da saúde, a prevenção de enfermidades ou lesões e a execução de atividades derivadas do diagnóstico e tratamento médico”. Sendo assim, citam que, apesar de definidos por meio de legislações específicas, os problemas relativos à interpretação da expressão “gestão do cuidado” limitam sua aplicação e alcance na prática profissional, tanto do enfermeiro como dos demais profissionais da área da saúde.

Nesta linha, outro estudo demonstra que a GC deve propiciar um cuidado planejado, utilizando os recursos disponíveis e elencando

objetivos, metas e estratégias, traduzindo-se num processo criativo e motivacional, com a intenção de manter e favorecer o cuidado, assegurando sua qualidade aos usuários e suas famílias (AGÜERO, KLJN, 2010). As autoras apresentam novamente o enfermeiro como protagonista na gestão do cuidado, por ser uma função inerente a sua formação profissional.

Explorando a temática, Umpierrez (2013) demonstra que gerir o cuidado implica em diversos aspectos, porém se deve, em primeiro lugar, respeitar os interesses das pessoas a quem o cuidado se destina. Reforça a concepção de que o ato de cuidar necessita de reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado, assim como valorização da autonomia dos sujeitos no desenvolvimento de suas funções. Ainda, resume a gestão do cuidado como um processo humano e social que se apóia na relação interpessoal, liderança, motivação, participação, comunicação e colaboração, no qual destaca-se o profissional enfermeiro como fundamental para o seu pleno desenvolvimento.

Na realidade brasileira, a GC em saúde apresenta particularidades a serem exploradas, principalmente no que tange a mudança do modelo assistencial médico centrado e a consolidação da RAS. O envolvimento das diversas profissões da área da saúde nesta temática, além do profissional enfermeiro, deve ser estimulado no sentido de garantir a integralidade do cuidado nas diversas disciplinas. Não obstante, considera-se o envolvimento da população usuária do sistema de saúde e a quem o cuidado é prestado como ponto forte para uma gestão do cuidado ideal.

Neste sentido, Cecílio (2011) nos apresenta uma conceituação de GC pautada em dimensões, sendo elas a individual, a familiar, a

profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Essas dimensões podem ser representadas por círculos concêntricos dispostos de forma que a individual é o círculo menor e a societária o mais amplo englobando todos os outros.

A dimensão individual do cuidado é aquela considerada a mais íntima e pessoal, contemplando o cuidar de si. Nela, investimos todo o potencial para produzir um modo singular de viver, no qual as escolhas se refletem no modo de produzir saúde. A dimensão familiar assume importância diferente em momentos diferentes da vida, contemplando como atores os familiares, amigos, vizinhos. Caracteriza-se como fórum privilegiado para relações conflituosas diretamente influenciadas pelas concepções, principalmente culturais, de cuidado e cuidador (CECÍLIO, 2011). Ambas estão relacionadas ao domicílio e a comunidade em que se vive, trabalha, produz e se necessita das ações e serviços de saúde.

A GC na dimensão profissional pode ser conceituada como aquela que se dá no encontro entre o profissional de saúde e o usuário, geralmente privado e em ambiente protegido, considerada o núcleo do território da micropolítica em saúde. Esta contempla três elementos principais sendo eles a competência técnica profissional entendida como a capacidade de dar respostas coerentes aos problemas apresentados pelos usuários; a postura ética do profissional no sentido de mobilização dos recursos, em suas condições reais, para assistir da melhor forma possível as necessidades dos cidadãos; e por fim a capacidade de construção de vínculos com quem necessita do seu cuidado (CECÍLIO, 2011).

No que tange a dimensão organizacional da GC, pode-se defini-la como aquela realizada nos serviços de saúde, representada pela divisão técnica e social do trabalho e que contempla elementos como trabalho em equipe, atividades de comunicação, coordenação e gerência, fluxos de atendimento, processo de trabalho, planejamento e avaliação, todos dependentes da ação cooperativa de vários protagonistas, que ocorre normalmente em territórios marcados por disputas e assimetrias do poder (CECÍLIO, 2011).

A dimensão sistêmica trata da capacidade de construção de conexões formais regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade. Apesar dos esforços do sistema de saúde em produzir serviços, nas mais diversas complexidades, ainda se encontram inúmeras dificuldades de articulação entre os pontos de atenção, muitas vezes mantendo a velha forma de regionalização hierárquica da pirâmide ascendente, a qual não foi substituída pela proposta da rede de atenção à saúde, no sentido de serem organizações poliárquicas, buscando a transversalidade das ações e integralidade. Ainda, a multiplicidade de portas de entrada no sistema de saúde, representadas principalmente pelos serviços de pronto atendimento, e não somente a rede básica, tem obrigado os gestores e pesquisadores da área a trabalharem conceitos mais flexíveis de rede de cuidados, construídos pela ação de usuários, trabalhadores e gestores (CECÍLIO, 2011).

A última dimensão apresentada pelo autor é a societária, a qual consiste na produção de políticas públicas em geral, bem como as de saúde em particular. Contempla o papel do Estado dentro da sociedade no sentido de formular e implementar estratégias que

garantam a implantação das políticas sociais. Por contemplar a produção da cidadania, o acesso a toda forma de consumo e o direito à vida, é considerada a dimensão mais ampla da gestão (CECÍLIO, 2011).

A GC tem foco tanto em uma unidade, quanto na trajetória do usuário. Para se oferecer um cuidado de qualidade e integral se faz necessário a combinação entre modelo assistencial voltado para os riscos e necessidades de uma população e a capacidade de identificação e captação de recursos variados, de forma planejada e pactuada entre os gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema (GRABOIS, 2011). Neste sentido, a RAS consolidada com fluxos entre os pontos de atenção articulados e recursos gerenciados de forma eficiente, tende a proporcionar um cuidado com vistas à integralidade.

No campo da pessoa com estomia, a GC perpassa todas as dimensões, assim como demanda recursos nas mais variadas complexidades. As necessidades emergentes desta população específica dependem significativamente da GC em saúde, sendo, portanto fundamental explorar a temática junto aos profissionais e gestores que prestam o cuidado na RAS, de forma a colaborar com a qualificação e melhoria contínua das práticas de saúde.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem por principal objeto de discussão incorporar a questão do significado e da intencionalidade como essenciais aos atos, às relações e as estruturas sociais. Neste sentido, consiste na compreensão da lógica interna dos grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, assim como processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2013). A exploração e o entendimento da questão do significado realizado por meio do processo de pesquisa que envolve procedimentos emergentes, dados coletados no ambiente do participante, análise dos dados indutivamente construída, assim como interpretações feitas pelo pesquisador acerca do significado caracteriza a abordagem qualitativa de pesquisa (CRESWELL, 2010).

A busca pela compreensão do significado dos fenômenos a serem estudados levou-nos a escolha da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory* como eixo metodológico desta pesquisa. A TFD consiste na elaboração de uma teoria que é derivada de dados sistematicamente coletados e analisados no decorrer do processo de pesquisa, oferecendo maior discernimento e melhor entendimento da realidade e se estabelecendo como importante guia para a ação (STRAUSS; CORBIN, 2008). O método baseia-se em diretrizes

sistemáticas, ainda que flexíveis, para coleta e análise dos dados, fornecendo um conjunto de princípios gerais e dispositivos heurísticos, e não regras pré-formuladas, possibilitando ao pesquisador a oportunidade de elaborar análises teóricas desde o início do projeto (CHARMAZ, 2009).

O método da TFD surgiu nos Estados Unidos na década de 60 a partir de estudos realizados pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss acerca do processo de morte em ambientes hospitalares. Oportunamente, o contexto histórico da época trazia um enfraquecimento dos métodos qualitativos, à medida que os métodos quantitativos se apresentavam cada vez mais sofisticados e conseqüentemente relevantes no meio científico. Glaser e Strauss, em seu livro *The Discovery of Grounded Theory* (1967) articularam estratégias para o desenvolvimento de teorias ancoradas nos dados, em detrimento da dedução das hipóteses por meio das teorias existentes. Os autores visaram deslocar a investigação qualitativa para além de estudos descritivos, produzindo abstrações e conceitos acerca dos fenômenos estudados, formulando teorias fundamentadas baseadas em critérios como ajustes dos dados, utilidade, densidade conceitual, durabilidade ao longo do tempo, ser passível de alterações e apresentar poder explicativo (CHARMAZ, 2009).

Observaram-se, no decorrer dos anos, as diferenças entre as escolas formadoras dos sociólogos Glaser e Strauss, as quais contribuíram para o rompimento da parceria entre eles no início dos anos 90. Glaser, oriundo da Universidade de Columbia, considerava um empirismo controlado, de rigorosos métodos codificados com ênfase nas descobertas emergentes e linguagem especializada da abordagem

quantitativa, ao passo que Strauss, formado pela Escola de Chicago, apresentou a influência do interacionismo simbólico e de uma visão da realidade como construção simbólica. Essa divergência entre a vertente que prega o rigor analítico e sistematização metodológica com o trabalho de campo, abertura às experiências e a flexibilidade das práticas de pesquisa dividiu os pesquisadores e oportunizou diferentes formas para realização da TFD (CHARMAZ, 2009; TAROZZI, 2011).

A versão de Glaser manteve-se coerente com o que pregava desde seu início, considerando-o como um método de descoberta, tratando as categorias como algo emergido dos dados, baseando-se no empirismo objetivo. Strauss, juntamente com sua assistente Juliete Corbin, deslocou o método para a verificação, criando uma vertente da TFD com o intuito de favorecer seus novos procedimentos técnicos, ao invés de enfatizar os métodos comparativos que distinguiram as estratégias da TFD (CHARMAZ, 2009).

Em contrapartida, Kathy Charmaz, aluna de Glaser, se propõe a interpretar a TFD de forma construtivista, distanciando-se intencionalmente dos resíduos positivistas, aceitando certo relativismo do conhecimento, derivado de uma concepção da realidade múltipla e plural. A versão construtivista da TFD assume que o conhecimento é fruto da construção recíproca entre pesquisador e participantes da pesquisa e coloca no centro da investigação como dados da pesquisa, mais do que os fatos, a dimensão do significado (TAROZZI, 2011).

Charmaz (2009) expõe que seu método de fazer TFD se caracteriza por um conjunto de princípios e práticas, não como um pacote ou prescrições prontas. Admite que, diferentemente do que propõe Glaser e Strauss, as teorias e os dados não são descobertos

isoladamente do pesquisador e sim construídos, por meio do envolvimento e da interação com as pessoas, as perspectivas e as práticas de pesquisa.

Para fins desta pesquisa optou-se pela vertente da TFD construtivista, proposta por Charmaz (2009), principalmente por considerar a temática estudada relativamente nova, com lacunas na produção científica voltada para a gestão do cuidado às pessoas com estomia, sendo fundamental a construção deste conhecimento por meio de uma metodologia que proporcione a emergência de dados relevantes, enfatizando a importância da elaboração de modelos teóricos que retratem a realidade colaborando com a prática diária dos profissionais de saúde e gestores que desenvolvem o cuidado no cotidiano da RAS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em Florianópolis, mais precisamente nos pontos de atenção da RAS que realizam serviços e ações ambulatoriais sob a gestão do município e do Estado. Capital do Estado de Santa Catarina, o município de Florianópolis é composto por uma porção de terra situada em área continental, a qual faz limite com o município de São José, e outra caracterizada como a ilha de Santa Catarina. Possui uma população de 453.285, sendo esta uma estimativa para 2013, baseada no senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2014).

Florianópolis está dividida em cinco Distritos Sanitários de saúde (DS), sendo eles Continente, Norte, Sul, Leste e Centro. Neles estão distribuídos 49 Centros de Saúde (CS), 4 policlínicas municipais de saúde, 2 unidades de pronto atendimento, 4 centros de atenção psicossocial, 1 laboratório municipal, 1 centro de testagem e aconselhamento (CTA), 1 centro de controle de zoonoses, 1 farmácia escola e o almoxarifado central, todos sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) possui em Florianópolis sua sede administrativa, assim como alguns serviços de média e alta complexidade. Tem como missão

assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2014).

No que tange a GC à pessoa com estomia, a SES/SC é responsável pela compra e distribuição aos municípios dos materiais necessários para manutenção do cuidado com as estomias, sendo eles os equipamentos coletores para fezes e urina e seus materiais adjuvantes. Além disso, possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimento de reabilitação a pessoas com estomias que se consolida como primeiro atendimento e referência para casos complicados, de difícil manejo das equipes de saúde da família. Esta equipe exerce suas funções no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), que se localiza

no município de Florianópolis e é composta por médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e psicólogo. A partir de 2012, em cumprimento à portaria nº 793, a qual estabelece as diretrizes da RAS para PcD, o CCR foi habilitado como Centro Especializado em Reabilitação II (CER II), para o atendimento de duas modalidades de deficiência, sendo elas a deficiência física e a deficiência intelectual para a região da Grande Florianópolis, porém mantém-se realizando outros diversos atendimentos em saúde com vistas à reabilitação funcional para todo o estado de Santa Catarina.

No município de Florianópolis, mais precisamente na Policlínica Municipal Continente, está implantado o serviço que é responsável pelo recebimento dos materiais para cuidado com estomias provenientes da SES/SC para gerenciamento e distribuição dos mesmos aos 5 Distritos Sanitários de saúde. Para além das funções de gerenciamento, a enfermeira responsável realiza atendimentos às pessoas com estomias como abertura do processo para recebimento dos materiais, avaliação das condições da pessoa com estomia, manejo da estomia, incentivo ao autocuidado e educação em saúde. Consolida-se como um centro de referência para as ESF, realiza atendimentos no caso de complicações com a estomia, dificuldades de manejo, seleção de equipamentos, entre outras atividades de apoio as equipes de saúde da família. Realiza a referência para o CCR em caso de complicações ou reversão da estomia por meio do sistema de regulação SISREG. Sendo assim, caracteriza-se como uma ponte entre as equipes de saúde da família e o serviço especializado do Estado, gerenciando o cuidado em geral para as pessoas com estomias.

Para melhor conhecimento da GC às pessoas com estomia na RAS de Florianópolis, realizou-se a pesquisa em 3 CS com as respectivas equipes de SF, em 2 policlínicas municipais e no CCR. A amostra foi intencional, pois optou-se pelos CS com maior número de pessoas com estomia de três DS, sendo eles o CS Estreito no DS Continente, CS Itacorubi no DS Leste e o CS Tapera no DS Sul. As policlínicas escolhidas para a realização da pesquisa foram a Norte e a Sul, por realizarem atendimentos de enfermagem de forma geral, não voltados exclusivamente para programas específicos. Por fim, o CCR foi escolhido como local de estudo por se tratar de um ponto de atenção ambulatorial de atenção secundária sob a gestão da SES/SC, sendo necessário o seu conhecimento para elaboração de um modelo teórico que contemple as diversidades e particularidades de cada nível de atenção. Conforme os dados que foram coletados e analisados formaram-se os grupos amostrais, antevendo uma possível necessidade de entrevistar gestores e profissionais de saúde de outros pontos de atenção da RAS.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de saúde e gestores que trabalham na RAS municipal e estadual de Florianópolis nos diversos pontos de atenção situados na APS e na atenção secundária ambulatorial, assim como nas secretarias municipal e estadual de saúde. Buscou-se envolver um número relevante de participantes com diferentes formações e especialidades no intuito de abranger as informações necessárias acerca da temática. Elencou-se um número

maior de enfermeiros como participantes, pelo fato de estarem diretamente envolvidos no cuidado à pessoa com estomia em todos os níveis de atenção da RAS, seja no âmbito assistencial ou da gestão.

Ao realizar a entrevista, os participantes responderam a questionamentos de ordem sócio-demográfica, os quais serão apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Descrição sócio-demográfica dos participantes da pesquisa, conforme grupo amostral.

Variáveis	1º Grupo Amostral	2º Grupo Amostral	3º Grupo Amostral
Sexo	Fem (9) Masc (3)	Fem (2) Masc (1)	Fem (3) Masc (-)
Idade	26 à 47 anos	31 à 58 anos	38 à 43 anos
Formação Acadêmica	Enfermeiros (12)	Enfermeiro (1) Médico (1) Nutricionista (1)	Fisioterapeuta (1) Enfermeiros (2)
Tempo de formação (anos)	5 à 16 anos Média de 9 anos	18 anos <30 anos 3 anos	14 à 17 anos
Tempo de atuação na unidade de saúde	Menos de 1 ano (1) 1 a 10 anos (8) Mais de 10 anos (3)	2 anos (1) 3 anos (2)	6 à 9 anos
Tempo de atuação na SMS ou SES	Menos de 1 ano (1) 1 a 10 anos (8) Mais de 10 anos (3)	3 anos (2) Mais de 20 anos (1)	Mais de 10 anos (3)
Titulação	Especialização	Doutorado (1) Residência médica (1) Especialização (1)	Especialização (2) Mestrado (1)
Mais de um vínculo empregatício	Sim (4) Não (8)	Sim (2) Não (1)	Sim (1) Não (2)
Exerceu ou exerceu algum cargo de gestão	Sim (4) Não (8)	Sim (1) Não (2)	Sim (3) Não (-)

Fonte: dos autores.

O primeiro grupo amostral foi composto pelos enfermeiros que compõem os pontos de atenção da RAS municipal. Foram

entrevistados 10 enfermeiros das ESF dos CS Estreito, Tapera e Itacorubi, um enfermeiro na Policlínica Norte e um enfermeiro na Policlínica Sul. Nesta etapa, apenas um enfermeiro do CS Tapera não foi entrevistado, pois se encontrava em licença médica no período da coleta dos dados.

Após coleta e análise dos dados, compôs-se o segundo grupo amostral com os profissionais integrantes da equipe que presta cuidados à pessoa com estomia no CCR, sendo eles: uma enfermeira, uma nutricionista e um médico. No momento da coleta de dados, a equipe estava sem o psicólogo devido à exoneração voluntária do profissional há alguns meses, estando em processo de contratação de um novo psicólogo para atuar juntamente à equipe. Ainda, a assistente social que atua nesta equipe encontrava-se em licença médica no momento da coleta de dados.

Os participantes que compõem a equipe do CCR para o cuidado à pessoa com estomia permanecem desde a sua criação em 2013, porém não possuem dedicação exclusiva para essa área. Atuam nos diversos setores do CCR, disponibilizando uma agenda semanal de 4 horas para o atendimento à pessoa com estomia. De acordo com as informações fornecidas pelos participantes, a disponibilidade de agenda está adequada para atender a região da Grande Florianópolis, pois a demanda ainda está reduzida, assim como os atendimentos nos municípios estão apresentando gradativas melhorias. Os participantes apresentam titulação de especialista, mestre e doutor, porém nenhum ligado à pessoa com estomia. Todos possuem treinamento específico para o cuidado à pessoa com estomia e atuam também em capacitações e treinamentos voltados à reabilitação de forma geral.

O terceiro grupo amostral foi composto por membros da gestão da SES/SC e SMS de Florianópolis, sendo eles a gerente da RAS PcD da SES/SC, a enfermeira responsável técnica da SMS e a enfermeira estomaterapeuta que compõe a equipe de da SMS.

Nesta etapa, foi realizada a validação do modelo teórico construído por meio dos dados coletados, no intuito de discutir sua credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade (CHARMAZ, 2009). Para tanto, foi construído um roteiro de validação do modelo teórico com base nos critérios propostos por Charmaz (2009, p. 244 à 245), o qual é apresentado no APÊNDICE A.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Descrita como uma fase de fundamental importância para a realização de qualquer pesquisa qualitativa, a coleta de dados deve ser estruturada de forma a proporcionar a emergência de dados relevantes para o entendimento dos fenômenos envolvidos. Considera-se uma ferramenta para intensificar a percepção do pesquisador, que combinada com *insigth* e esmero oferece instrumentos apurados para gerar, extrair e produzir sentido aos dados (CHARMAZ, 2009).

Uma coleta de dados relevantes fornecerá material sólido para a construção de uma análise significativa. Os dados relevantes são detalhados, focados e completos. Eles revelam as opiniões, os sentimentos, as intenções e as ações dos participantes, bem como os contextos e as estruturas de suas vidas (CHARMAZ, 2009, p. 30).

Para a coleta de dados na TFD são indicadas diretrizes flexíveis e não prescrições rígidas, podendo ser direcionado o estudo conforme a necessidade a partir dos dados e permitindo também que a imaginação do pesquisador possa fluir. Neste sentido, a forma como o pesquisador coleta os dados afeta *quais* fenômenos ele verá, *como*, *onde* e *quando* irá analisá-los, assim como *qual* sentido produzirá a partir deles. (CHARMAZ, 2009).

Como método de coleta de dados nesta pesquisa optou-se pela entrevista semi-estruturada, que consiste em questões amplas e abertas que precisam ser exploradas durante a entrevista. Comumente utilizada na pesquisa qualitativa, as entrevistas, que podem começar com questões mais gerais ou abertas, permitem que os participantes relatem suas histórias de modo mais natural, assim como os encoraja a definir as dimensões importantes do fenômeno e a elaborar o que é de fato relevante para eles (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Charmaz (2009), para o estudo da TFD é fundamental a elaboração de perguntas amplas e abertas, que provoquem a discussão detalhada do tópico. Ao utilizar questões abertas e não valorativas, estimula-se o surgimento de afirmações e histórias imprevistas, ampliando a chance de atingir uma melhor qualidade e fidedignidade dos dados.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora entre os meses de maio e agosto de 2015, gravadas em áudio e transcritas na íntegra logo após a sua realização utilizando o *Microsoft Office World*®. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos e foi realizado um encontro com cada participante. Para a transcrição da entrevista foi utilizado um modelo, o qual segue descrito no quadro 2.

Quadro 2: Modelo utilizado para a transcrição das entrevistas

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA N.
DATA:
CONTEÚDO DA ENTREVISTA

A análise dos dados foi realizada no decorrer da coleta, conforme preconizado pela TFD. A coleta e análise simultânea dos dados possibilita modelar e remodelar a coleta conforme os dados emergentes vão surgindo, direcionando a pesquisa e o foco do pesquisador (CHARMAZ, 2009).

A coleta de dados foi finalizada quando as categorias emergentes se apresentaram “saturadas”. Segundo Charmaz (2009, p. 156), “as categorias estão saturadas quando a coleta de novos dados não mais desperta novos *insights* teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais”.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados à luz do referencial metodológico da TFD, por meio de métodos comparativos constantes, estabelecendo distinções analíticas e realizando comparações a cada nível do processo de análise (CHARMAZ, 2009).

Para auxiliar na organização e classificação dos dados coletados após a transcrição das entrevistas foi utilizado o *software* NVIVO 10®, disponibilizado pelo GEPADES/UFSC. Ressalta-se que o uso do *software* otimizou a codificação realizada pelo grande volume de dados obtidos nas entrevistas.

Iniciou-se o processo de análise dos dados pela codificação qualitativa. Conforme Charmaz (2009, p. 70), a “codificação gera os ossos de sua análise”. Codificar é nomear os segmentos de dados classificando-os e categorizando-os simultaneamente, no intuito de resumir e representar cada parte dos dados (CHARMAZ, 2009).

A TFD compreende, ao menos, duas etapas de codificação. A codificação inicial, a qual é realizada palavra por palavra, linha por linha e incidente por incidente, no intuito de ajudar o pesquisador a separar os dados em categorias. Inicialmente, os códigos são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados, dando abertura para novas possibilidades analíticas e elaboração de códigos que melhor se adaptem aos dados analisados gradualmente. Induz o pesquisador a perceber as áreas nas quais estão faltando dados indispensáveis, lacunas inevitáveis durante o processo de descoberta que podem ser sanadas na busca posterior a outros dados (CHARMAZ, 2009).

Nesta etapa do processo de codificação, os trechos das entrevistas foram analisados exaustivamente e deles resultaram códigos iniciais, os quais foram reformulados quando necessários para melhor adequar aos resultados encontrados. Esta fase foi realizada com o auxílio do *software* NVIVO 10®, o qual gera relatórios, sendo possível exemplificar como os pequenos trechos das entrevistas resultaram naqueles códigos e conceitos criados pela pesquisadora. Quando um trecho analisado se encaixava em algum código já elencado, o mesmo era arrastado a ele para compor o código já existente, fortalecendo aquela afirmação.

Figura1: Exemplo de relatório gerado pelo NIVO 10 contendo a subcategoria, o código e o respectivo trecho da entrevista analisada.

Nós \\CARACTERIZANDO O PAPEL DA APS NO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA \\Estimulando o autocuidado da pessoa com estomia
Documento

Internas \\ENTREVISTA 3 - CS Estreito

Eu acho que são as orientações ao cuidado, ao autocuidado. Incentivar a prática do autocuidado.

Fonte: dos autores.

Após a codificação dos dados no *software* NVIVO 10, os códigos foram retirados do programa e organizados em forma de quadros para melhor visualização dos mesmos para realizar a próxima etapa da análise de dados. Como exemplo, no quadro 3 estão expostos os códigos iniciais relacionados apenas aos significados de “Gestão do Cuidado”, a partir das falas dos profissionais entrevistados.

Quadro 3: Exemplo de códigos iniciais da primeira etapa da análise de dados.

CÓDIGOS PARA O SIGNIFICADO DE GESTÃO DO CUIDADO

- Significando gestão do cuidado como atenção integral
- Reconhecendo a GC como autocuidado
- Praticando a gestão do cuidado com os todos os pacientes da APS
- Praticando a GC por meio da continuidade do cuidado
- Pensando a GC voltada para a pessoa com estomia de forma ampliada
- Atribuindo importância ao enfermeiro especialista na GC à pessoa com estomia
- Aplicando o processo de enfermagem com vistas à continuidade do cuidado
- Administrando o cuidado conforme as demandas apresentadas
- Entendendo a GC como vigilância em saúde
- Entendendo a GC como uma questão ampla
- Entendendo a GC como parte integrante da RAS
- Relacionando GC ao planejamento do cuidado
- Relacionando a GC a ao controle e monitoramento
- Praticando a gestão do cuidado no âmbito da administração do CS
- Entendendo a GC como organização do cuidado
- Entendendo a GC com diferenças regionais
- Reconhecendo a gestão do cuidado como gerência e assistência
- Relacionando a GC ao pensar no cuidado direto e indireto
- Praticando a gestão do cuidado no âmbito da assistência de enfermagem
- Dividindo a GC em dimensão operativa
- Desdobrando a assistência em necessidades e demandas
- Citando o produto final da GC como o cuidado direto ao usuário
- Reconhecendo a importância da GC no ambiente domiciliar
- Participando das reuniões de categoria para discutir a GC
- Entendendo que a GC se faz com o trabalho em equipe
- Entendendo a importância do vínculo para a GC
- Entendendo a GC enquanto compromisso com a pessoa e família

- Conhecendo a doença para melhor cuidar da pessoa com estomia
- Referindo a autonomia profissional e as boas práticas como importantes para a GC
- Respaldando o exercício da GC com os protocolos de atendimento municipais
- Entendendo a gestão do cuidado como saber fazer
- Pensando que a GC é realizada por gestores
- Atribuindo valor a SMS Fpolis pela manutenção da GC
- Interligando a GC realizada pelos profissionais com as políticas e instâncias gestoras
- Identificando a SMS como parte integrante na GC
- Identificando a burocracia como uma dimensão da GC

Fonte: dos autores.

A etapa seguinte consistiu na codificação focalizada, a qual se consolida como a segunda fase principal da codificação. Neste caso, os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais quando comparados com a codificação inicial. A codificação focalizada utiliza os códigos anteriores mais significativos, freqüentes e representativos para analisar com minúcia uma quantidade maior de dados. Esta fase exige do pesquisador a tomada de decisão acerca de quais códigos iniciais permitem uma maior e melhor compreensão analítica dos dados para gerar as categorias de forma completa e incisiva (CHARMAZ, 2009).

Na codificação focalizada emergiram as subcategorias a partir da agregação dos códigos iniciais, pelo processo contínuo de comparação entre os dados analisados. O quadro 4 demonstra como exemplo a elaboração das subcategorias, conforme agrupamento dos códigos preliminares.

Quadro 4: Exemplo de agrupamento dos códigos preliminares em subcategorias.

SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
<p>Reconhecendo a GC como atenção integral à saúde da pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Significando gestão do cuidado como atenção integral • Reconhecendo a GC como autocuidado • Praticando a gestão do cuidado com os todos os pacientes da APS • Praticando a GC por meio da continuidade do cuidado • Pensando a GC voltada para a pessoa com estomia de forma ampliada • Atribuindo importância ao enfermeiro especialista na GC à pessoa com estomia • Aplicando o processo de enfermagem com vistas à continuidade do cuidado • Administrando o cuidado conforme as demandas apresentadas • Entendendo a GC como vigilância em saúde • Entendendo a GC como uma questão ampla • Entendendo a GC como parte integrante da RAS
<p>Relacionando a GC ao planejamento do cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionando GC ao planejamento do cuidado • Relacionando a GC a ao controle e monitoramento • Praticando a gestão do cuidado no âmbito da administração do CS • Entendendo a GC como organização do cuidado • Entendendo a GC com diferenças regionais

Fonte: dos autores.

A terceira etapa realizada na análise dos dados foi a codificação teórica, caracterizada como um nível mais sofisticado de codificação, no qual as categorias que emergem dos códigos e subcategorias são formadas e entrelaçadas de forma a expor o fenômeno ou a categoria central. Neste momento, o modelo teórico é construído pela recombinação dos dados fragmentados no início do processo de análise (CHARMAZ, 2009).

Como exemplo, o quadro 5 expõe a categoria, subcategorias e códigos acerca dos resultados encontrados para desvelar entre os participantes a GC à pessoa com estomia. O quadro completo contendo todos os códigos, subcategorias e categorias encontra-se como APÊNDICE B nesta dissertação.

Quadro 5: Exemplificando a criação das categorias por meio da integração dos códigos e subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
<p>Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia</p>	<p>Reconhecendo a GC como atenção integral à saúde da pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Significando gestão do cuidado como atenção integral • Reconhecendo a GC como autocuidado • Praticando a gestão do cuidado com os todos os pacientes da APS • Praticando a GC por meio da continuidade do cuidado • Pensando a GC voltada para a pessoa com estomia de forma ampliada • Atribuindo importância ao enfermeiro especialista na GC à pessoa com estomia • Aplicando o processo de enfermagem com vistas à continuidade do cuidado • Administrando o cuidado conforme as demandas apresentadas • Entendendo a GC como vigilância em saúde • Entendendo a GC como uma questão

		<p>ampla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entendendo a GC como parte integrante da RAS
	<p>Relacionando a GC ao planejamento do cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionando GC ao planejamento do cuidado • Relacionando a GC a ao controle e monitoramento • Praticando a gestão do cuidado no âmbito da administração do CS • Entendendo a GC como organização do cuidado • Entendendo a GC com diferenças regionais
	<p>Desdobrando a GC à pessoa com estomia em dimensões assistenciais e gerenciais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a gestão do cuidado como gerência e assistência • Relacionando a GC ao pensar no cuidado direto e indireto • Praticando a gestão do cuidado no âmbito da assistência de enfermagem • Dividindo a GC em dimensão operativa • Desdobrando a assistência em necessidades e demandas

		<ul style="list-style-type: none"> • Citando o produto final da GC como o cuidado direto ao usuário
	<p>Entendendo a GC como responsabilidade da equipe de saúde, da pessoa com estomia e sua família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a importância da GC no ambiente domiciliar • Participando das reuniões de categoria para discutir a GC • Entendendo que a GC se faz com o trabalho em equipe • Entendendo a importância do vínculo para a GC • Entendendo a GC enquanto compromisso com a pessoa e família • Conhecendo a doença para melhor cuidar da pessoa com estomia
	<p>Embasando a GC à pessoa com estomia em autonomia profissional, conhecimento e boas práticas de cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referindo a autonomia profissional e as boas práticas como importantes para a GC • Respalhando o exercício da GC com os protocolos de atendimento municipais • Entendendo a gestão do cuidado como saber fazer

	<p>Realizando a GC à pessoa com estomia com o apoio das instâncias gestoras e das políticas públicas de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensando que a GC é realizada por gestores • Atribuindo valor a SMS Fpolis pela manutenção da GC • Interligando a GC realizada pelos profissionais com as políticas e instâncias gestoras • Identificando a SMS como parte integrante na GC • Identificando a burocracia como uma dimensão da GC
--	--	--

Fonte: dos autores.

Após a análise, codificação e categorização dos dados, propôs-se o modelo teórico acerca da GC à pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS. Teorizar consiste em um trabalho que implica não apenas em concepção ou intuição de idéias, mas também formulação dessas idéias em um esquema lógico, sistemático e exploratório. Uma teoria é mais que um conjunto de resultados: ela compreende e oferece uma explicação sobre os fenômenos (STRAUSS, CORBIN, 2008).

4.6 CONSTRUÇÃO DOS MEMORANDOS

Dentre as principais etapas intermediárias da análise dos dados na TFD pode-se destacar a redação dos memorandos. Considerada de fundamental importância, a redação dos memorandos

constitui um método que ajuda o pesquisador a manter-se envolvido constantemente na análise dos dados, assim como auxilia a elevar o nível de abstração das idéias, possibilitando novos *insights* durante o ato da escrita (CHARMAZ, 2009). No processo de análise de dados, a redação dos memorandos estabelece uma lógica para definir as categorias, sendo fundamental sua construção desde o início da análise dos dados. Para esta pesquisa, foram elaborados 19 memorandos, sendo estes de maior ou menor abstração do conteúdo estudado. Escolheu-se 3 deles como exemplos, os quais estão apresentados nos quadros 6, 7 e 8.

Quadro 6: Memorando 2 "Refletindo acerca da pessoa com estomia e suas necessidades de cuidado".

MEMORANDO 2

Data: 15 de maio de 2015

Assunto: Refletindo acerca da pessoa com estomia e suas necessidades de cuidado

A pessoa com estomia necessita de uma série de cuidados, que ultrapassam o cuidado especializado referente apenas à estomia. Uma pessoa com estomia demanda de cuidados referentes ao seu processo de adaptação à estomia, visto que sua vida passa a ter uma condição totalmente diferente do que era antes da realização da cirurgia. Demanda também de atenção de caráter psicológico devido à modificação que apresenta na estrutura do seu corpo, condição esta que impacta toda a sua rotina de vida e relações existentes. Necessita de adaptação do ambiente domiciliar e nos momentos em que frequenta locais fora do seu ambiente domiciliar, sendo estes muitas vezes os grandes limitadores da re inserção destas pessoas novamente na sociedade como um todo (família, trabalho, amigos, igrejas...). Neste sentido, me questiono se um único profissional será capaz de dar conta de tantas necessidades, e ainda, se estamos preparados para enfrentar juntamente com estas pessoas outros tantos problemas que se apresentarão no decorrer de sua caminhada na construção de uma vida com qualidade e cidadania.

Fonte: dos autores.

Quadro 7: Memorando 7 “Refletindo sobre a necessidade de uma equipe especializada para o cuidado à pessoa com estomia”.

MEMORANDO 7

Data: 22 de junho de 2015

Assunto: Refletindo sobre a necessidade de uma equipe especializada para o cuidado à pessoa com estomia

A portaria 400 de 2009 nos coloca a importância da criação e implantação de equipes especializadas no atendimento às pessoas com estomia. Essas equipes são formadas por médico, enfermeiro e assistente social quando caracterizadas do tipo I, sendo inserido psicólogo e nutricionista quando caracterizada como tipo II. Os serviços de apoio à pessoa ostomizada (SASPO I e II) devem possuir profissionais treinados e habilitados nos cuidados especializados à pessoa com estomia, referenciando os mesmos para a ESF para a continuidade do cuidado. O município de Florianópolis não possui uma equipe de referência para o cuidado à pessoa com estomia nos moldes apresentados na portaria 400. Possui uma enfermeira sem formação como estomaterapeuta e uma técnica de enfermagem, as quais estão situadas na Policlínica Municipal Continente que se configura como uma unidade ambulatorial especializada. As duas profissionais que lá se encontram realizam as funções propostas pela portaria 400 no que tangem a SASPO I, e se configuram como apoio às ESF. Quando detectados casos de complicações que vão além do atendimento realizado na policlínica, a enfermeira realiza o encaminhamento da pessoa com estomia para o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), o qual possui uma equipe SASPO II e atende a região da Grande Florianópolis. Porém, infelizmente, os atendimentos que ainda demandam da alta complexidade (cirúrgicas em sua maioria) estão em processo de implantação e negociação, muitas vezes atrasando uma anastomose, ou dificultando a resolução de complicações que transcendem o nível de atendimento ambulatorial. Acredita-se que a equipe SASPO II do CCR é extremamente importante, porém na realização de atendimentos especializados, mantendo os cadastros e atendimentos não complicados nos próprios municípios, que estão habilitados à realizar o cuidado com qualidade tanto em nível secundário quanto primário às pessoas com estomia.

Fonte: dos autores.

Quadro 8: Memorando 13 “Refletindo sobre a otimização do cuidado de enfermagem no segundo nível de atenção na RAS”.

MEMORANDO 13

Data: 09 de agosto de 2015

Assunto: Refletindo sobre a otimização do cuidado de enfermagem no segundo nível de atenção na RAS

As entrevistas com os enfermeiros das policlínicas municipais desencadearam algumas reflexões acerca do processo de trabalho dos enfermeiros nestes pontos de atenção. Trabalhar nas policlínicas não se configura como uma tarefa fácil, pois sua criação e implantação na RAS é recente e sua função na RAS está em processo constante de construção. As policlínicas, historicamente, tendem a preservar o modelo médico centrado por serem compostas por profissionais médicos especialistas e outros profissionais de nível superior e médio que atuam em caráter complementar aos cuidados coordenados pela APS. É de extrema importância seu fortalecimento e sua manutenção na RAS para dar resposta aos problemas enfrentados pelas ESF que extrapolam a resolutividade. Outro problema na manutenção da atenção secundária em nível ambulatorial é que os municípios costumam não contratar algumas especialidades para fazer parte do seu quadro de servidores, até porque nem sempre os profissionais estão realmente dispostos a trabalhar para o serviço público de saúde. Com relação a isso, encontramos a contratualização de serviços pelas secretarias de saúde, ações estas previstas na legislação do SUS, para que possa ser oferecido o cuidado integral aos usuários, independente do serviço compor a rede pública ou existir apenas na rede privada de saúde. Nas policlínicas de Florianópolis não há enfermeiros especialistas, o que nos leva a questionar o porquê disso. Enfermeiros possuem especialidades em diversas áreas e nas policlínicas, normalmente existem setores de especialidades, como por exemplo, a cardiologia. Temos os cardiologistas que realizam consulta e exames complementares, porém não temos um enfermeiro que seja especialista na área para poder oferecer o cuidado de enfermagem dentro da sua especialidade. Policlínicas também possuem centro cirúrgico para realização de pequenas cirurgias, com muitos médicos cirurgiões e equipes de enfermagem sob sua responsabilidade. Questiona-se porque não contratar o enfermeiro com especialidade em clínica cirúrgica para realizar a gestão centro cirúrgico com maior precisão. Ambulatórios especializados em geral possuem enfermeiros generalistas que devem se desdobrar para atender as diversas especialidades, muitas vezes sem

estar devidamente preparado para isso. O enfermeiro da média complexidade está em busca do seu espaço neste nível de atenção e do fortalecimento da enfermagem na RAS. Para tanto, será necessário refletir acerca das suas funções dentro das especialidades, buscando criar novas atividades para dar conta de tantos desafios impostos pela configuração do sistema de saúde, não esquecendo que possui grande responsabilidade na devolutiva do paciente atendido no nível secundário para a APS.

4.7 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos que compõem a Resolução 466/2012, a qual incorpora, sob a ótica dos indivíduos e da coletividade, os referenciais da bioética denominados autonomia, beneficência, não-maleficência, equidade e justiça, visando assegurar direitos e deveres aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Obteve-se a aprovação das instâncias municipais e estaduais para a realização da pesquisa, sendo representadas pela SMS/Florianópolis e pela SES/SC, com posterior submissão do projeto de pesquisa para a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil. Após apreciação do CEP com parecer favorável a realização da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados junto aos participantes. O parecer consubstanciado do CEP com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41979515.6.0000.0115 e número do parecer 948.045 de 12/03/2015 encontra-se nesta dissertação como ANEXO A.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca dos riscos de participação da mesma, assim como objetivos e métodos do estudo, tendo pleno acesso aos dados por ele fornecidos, preservação do anonimato e manutenção do sigilo. Considerou-se que os riscos oferecidos por esta pesquisa foram de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais acerca da teoria e prática no campo da GC à pessoa com estomia, assim como ações desenvolvidas em enfermagem e saúde. Os riscos, ainda que considerados mínimos frente aos benefícios que poderão ser obtidos com as vivências e experiências dos participantes, poderiam ser relatados aos pesquisadores que, nos casos necessários, realizariam o encaminhamento do participante a algum serviço de apoio psicológico disponível no âmbito do SUS.

Para utilização dos dados e aceitação de participação na pesquisa foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que se encontra nesta dissertação como Apêndice C, do qual obteve-se a assinatura do participante antes da realização de cada entrevista.

Aos participantes foi informado que poderiam desistir da pesquisa em qualquer fase, sem ônus ou penalizações. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicaria sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, e poderão ser utilizados como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados neste capítulo, por meio de dois manuscritos. O primeiro manuscrito versa sobre a construção modelo teórico sobre a GC à pessoa com estomia com base na RAS, o qual recebeu o título de **“Gestão do Cuidado à Pessoa com estomia sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde centrada no profissional enfermeiro”**. Descreveu-se de forma detalhada o caminho percorrido para a construção do modelo teórico embasado no referencial metodológico da TFD, finalizando com a apresentação dos resultados alcançados e da discussão do modelo teórico formulado e enraizado nos dados.

O segundo manuscrito intitulado **“Significados da Rede de Atenção em Saúde e repercussões para a organização dos sistemas de saúde: uma revisão integrativa”**. Ao longo do estudo, deparou-se com algumas dificuldades em encontrar publicações que retratassem a RAS para pessoa com estomia, assim como a RAS de forma geral, tornando-se um desafio entender os significados desta nas produções científicas nacionais e internacionais. Justifica-se que a compreensão dos significados e repercussões da RAS para a organização dos sistemas de saúde afeta diretamente as estratégias para a Gestão do Cuidado em Saúde, tornando essa revisão de literatura essencial para minimizar esta lacuna do conhecimento.

5.1 MANUSCRITO 1: GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, tendo como eixo metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. A pesquisa teve por objetivo compreender a Gestão do Cuidado (GC) à pessoa com estomia sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Florianópolis, centrada no profissional enfermeiro. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Foram compostos três Grupos Amostrais (GA) para a coleta de dados sendo os participantes do primeiro GA dez enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dois enfermeiros das Policlínicas Municipais; do segundo GA a equipe especializada no cuidado à pessoa com estomia do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) sendo um médico, uma enfermeira e um nutricionista; e o terceiro (GA) uma fisioterapeuta gestora da RAS estadual, uma enfermeira responsável técnica da secretaria municipal de saúde e uma enfermeira especialista em estomaterapia. O modelo teórico explicativo abrangeu o fenômeno “EMERGINDO A GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO PROFISSIONAL ENFERMEIRO”, o qual foi composto pelas categorias: Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia; Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional; Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde; Realizando o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS; Caracterizando o papel dos pontos de atenção em saúde no cuidado à pessoa com estomia. Concluiu-se que o modelo teórico formulado considera que uma RAS fortalecida em termos de diversidade de ações e serviços proporcionará uma melhor GC à pessoa com estomia.

Descritores: Assistência à Saúde; Integralidade em Saúde; Estomia; Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Estomia é uma palavra de origem grega cujo significado está relacionado à abertura ou boca, representando a exteriorização vísceras ocas do corpo, no intuito de realizar a eliminação de secreções ou excreções de forma não fisiológica. A confecção de uma estomia pode acontecer por vários motivos, normalmente doenças inflamatórias, tumores ou traumas, caracterizando-se como temporária ou definitiva de acordo com a sua etiologia. As estomias intestinais e urinárias são as mais frequentes, porém a ausência de sistematização no registro destes procedimentos dificulta a precisão dos dados sobre sua prevalência (GRECO, 2015; SANTOS, 2007; SILVA, 2014).

A confecção de uma estomia representa um marco na vida da pessoa que se submete a tal procedimento, despertando modos singulares de enfrentamento desta nova condição. Adaptar-se a estomia, bem como às modificações na sua autoimagem e autoestima, impacta diretamente nos relacionamentos pessoais e sociais desta pessoa. O profissional de saúde que presta esse cuidado deve desenvolver habilidades e competências adequadas no intuito de contribuir para a adaptação e reabilitação desta pessoa, possibilitando que o enfrentamento da situação aconteça da maneira mais tranquila possível (GRECO, 2015; PAULA; TAKAHASHI, 2014).

O cuidado à pessoa que possui uma estomia consolida-se como um processo complexo. A especificidade das demandas apresentadas por este público alvo vai além do fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes, sendo necessária uma gama de ações e serviços, desenvolvidos em sua plenitude por equipes multiprofissionais de saúde, articuladas de forma interdisciplinar e capacitadas para tal fim. Nesse contexto, destaca-se o enfermeiro como profissional capacitado e componente desta equipe, possuindo conhecimentos e habilidades que contribuem significativamente para a promoção da qualidade de vida, tanto antes quanto depois da realização do procedimento cirúrgico (MORAES, 2014).

Além de uma equipe com profissionais capacitados, a pessoa com estomia demanda de inúmeros serviços de saúde para solucionar os problemas que irão apresentar neste processo, os quais podem ser cíclicos e duradouros (GRECO, 2015). Como os serviços em saúde, de forma isolada, não fornecem a totalidade de ações necessárias a esse cuidado, a articulação e integração entre eles, em formato de Rede de Atenção em Saúde (RAS), pode diluir alguns gargalos de atendimento, proporcionando resolutividade e construindo integralidade no cuidado. Compreende-se que a RAS pode ser definida como uma organização poliárquica que faz arranjos organizativos entre ações e serviços de saúde, nas mais diversas densidades tecnológicas, as quais, quando integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, podem garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010; GIOVANELLA, 2009; MENDES, 2011).

Na busca pela integralidade do cuidado por meio da RAS, destaca-se como importante ferramenta para auxílio nesta construção a

Gestão do Cuidado (GC) em saúde. A GC em saúde pode ser definida como a disponibilização e utilização de tecnologias de saúde, conforme as demandas apresentadas pelos indivíduos, nos mais diversos momentos de suas vidas, com o intuito de proporcionar bem-estar, segurança e autonomia para viver de forma produtiva e feliz. A GC é realizada em múltiplas dimensões, as quais, articuladas entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser desvendada para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO, 2011).

O conceito de GC apresentado por Cecílio (2011) está pautado em dimensões, sendo elas a individual, a familiar, a profissional, a organizacional, a sistêmica e a societária. Essas dimensões podem ser representadas por círculos concêntricos dispostos de forma que a individual é o círculo menor e a societária o mais amplo englobando todos os outros, as quais se relacionam de forma circular, cada qual com sua importância para o processo, envolvendo, de certa forma, as políticas públicas de saúde, perpassando pelos modelos de gestão, bem como pelo trabalho dos profissionais, para alcançar o melhor cuidado individual como imagem objetivo. Neste sentido, quando pensamos no cuidado à pessoa com estomia, a especificidade do mesmo se revela de forma semelhante, abrangendo dimensões culturais, sociais, econômicas e políticas, convergindo para o mesmo resultado final: a qualidade de vida da pessoa com estomia.

Acredita-se que a GC em saúde, conjuntamente com a RAS edificada e fortalecida na diversidade de suas ações e serviços, composta por gestores comprometidos, bem como por equipes multiprofissionais capacitadas e trabalhando de forma articulada entre os níveis de atenção,

possam se configurar como a mola propulsora para a realização de um importante salto de qualidade no cuidado à pessoa com estomia. Compartilhar esse cuidado de acordo com a densidade tecnológica que compete aos pontos de atenção pode se caracterizar como uma importante estratégia para a construção de um cuidado mais humanizado, resolutivo com vistas à integralidade.

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da rede de atenção à saúde, visando a elaboração de um modelo teórico explicativo fundamentado nos dados, o qual demonstrasse de que forma este fenômeno acontece na RAS ambulatorial no âmbito municipal e estadual.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa, tendo como eixo metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. O método baseia-se em diretrizes sistemáticas, ainda que flexíveis, para coleta e análise dos dados, fornecendo um conjunto de princípios gerais e dispositivos heurísticos, e não regras pré-formuladas, possibilitando ao pesquisador a oportunidade de elaborar análises teóricas desde o início do projeto (CHARMAZ, 2009). A TFD apresenta três vertentes, sendo elas a proposta por Glaser conhecida como a mais tradicional e pautada no empirismo objetivo; a versão de Strauss e Corbin, embasada na construção de um modelo paradigmático; e a abordagem construtivista da autora Kathy Charmaz.

Para fins desta pesquisa, optou-se pela utilização do método proposto por Charmaz (2009).

A pesquisa foi desenvolvida em Florianópolis, mais precisamente nos pontos de atenção da RAS que realizam ações e se configuram como serviços ambulatoriais, sob a gestão do município e do Estado. Para tanto, a amostra foi intencional, sendo elencados, em nível de Atenção Primária em Saúde (APS) os Centros de Saúde (CS) de três dos cinco distritos sanitários (Leste, Continente e Sul), os quais possuíam o maior número de pessoas com estomia em sua área de abrangência, no momento da coleta de dados. Em nível de atenção secundária de saúde, optou-se pela realização da pesquisa nas Policlínicas Municipais Norte e Sul, as quais desenvolvem atendimento em saúde e enfermagem de forma geral. No âmbito estadual, selecionou-se a equipe multiprofissional e especializada no cuidado à pessoa com estomia que atende no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR).

Os participantes desta pesquisa foram profissionais de saúde e gestores que trabalham na RAS municipal e estadual de Florianópolis nos diversos pontos de atenção situados na APS e na atenção secundária ambulatorial, assim como nas secretarias municipal e estadual de saúde. Buscou-se envolver um número relevante de participantes com diferentes formações e especialidades no intuito de abranger as informações necessárias acerca da temática. Elencou-se um número maior de enfermeiros como participantes, pelo fato de estarem diretamente envolvidos no cuidado à pessoa com estomia em todos os níveis de atenção da RAS, seja no âmbito assistencial ou da gestão.

O primeiro grupo amostral foi composto pelos enfermeiros que compõem os pontos de atenção da RAS municipal. Foram entrevistados 10 enfermeiros das ESF dos CS Estreito, Tapera e Itacorubi, um enfermeiro na Policlínica Norte e um enfermeiro na Policlínica Sul. O segundo grupo amostral foi formado com os profissionais integrantes da equipe que presta cuidados à pessoa com estomia no CCR, sendo eles: uma enfermeira, uma nutricionista e um médico. No momento da coleta de dados, a equipe estava sem o psicólogo devido à exoneração voluntária do profissional, bem como a assistente social encontrava-se em licença para tratamento médico. O terceiro grupo amostral teve como componentes os membros da gestão da SES/SC e SMS de Florianópolis, sendo eles a gerente da RAS PcD da SES/SC, a enfermeira responsável técnica da SMS e a enfermeira estomaterapeuta que compõe a equipe de da SMS. Nesta etapa, foi realizada a validação do modelo teórico construído por meio dos dados coletados, no intuito de discutir sua credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade (CHARMAZ, 2009).

Como método de coleta de dados nesta pesquisa optou-se pela entrevista semi-estruturada, que consiste em questões amplas e abertas que precisam ser exploradas durante a entrevista. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora entre os meses de maio e agosto de 2015, gravadas em áudio e transcritas na íntegra logo após a sua realização utilizando o *Microsoft Office World*®.

Os dados foram analisados à luz do referencial metodológico da TFD, por meio de métodos comparativos constantes, estabelecendo distinções analíticas e realizando comparações a cada nível do processo de análise (CHARMAZ, 2009). No intuito de auxiliar na organização e

classificação dos dados coletados após a transcrição das entrevistas foi utilizado o *software* NVIVO 10®.

A TFD compreende algumas etapas de codificação para se alcançar o modelo teórico explicativo. Na codificação inicial, os trechos das entrevistas foram analisados exaustivamente e deles resultaram códigos iniciais, os quais foram reformulados quando necessários para melhor adequar aos resultados encontrados. Esta etapa, pelo volume de dados produzidos, foi necessária a utilização do *software* NVIVO 10®, o qual auxiliou na organização dos mesmos.

A segunda etapa consistiu na codificação focalizada, na qual os códigos são mais direcionados, seletivos e conceituais quando comparados com a codificação inicial. Neste momento, os dados foram retirados do *software* NVIVO 10® e organizados em quadros para melhor visualização e manipulação dos mesmos. Durante o processo de codificação focalizada emergiram as subcategorias a partir da agregação dos códigos iniciais, pelo processo contínuo de comparação entre os dados analisados.

A terceira etapa realizada na análise dos dados foi a codificação teórica, caracterizada como um nível mais sofisticado de codificação, no qual as categorias que emergem dos códigos e subcategorias são formadas e entrelaçadas de forma a expor o fenômeno ou a categoria central. Neste momento, o modelo teórico é construído pela recombinação dos dados fragmentados no início do processo de análise (CHARMAZ, 2009).

A fase de análise dos dados na TFD prevê a confecção de memorandos, os quais auxiliam o pesquisador na definição de uma lógica para as categorias, elevando o nível de abstração das idéias e

possibilitando novos *insights* durante o ato da escrita (CHARMAZ, 2009). Para esta pesquisa, foram elaborados 19 memorandos.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos que compõem a Resolução 466/2012, obtendo primeiramente a aprovação das instâncias municipais e estaduais para a realização da pesquisa, sendo representadas pela SMS/Florianópolis e pela SES/SC, com posterior submissão do projeto de pesquisa para a aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil. Após apreciação do CEP com parecer favorável a realização da pesquisa, iniciou-se a coleta de dados junto aos participantes. O parecer consubstanciado do CEP recebeu o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 41979515.6.0000.0115 e número do parecer 948.045 de 12/03/2015.

RESULTADOS

Os resultados obtidos por meio da coleta e análise de dados, realizados simultaneamente nesta pesquisa, serão apresentados, neste momento, em forma de categorias e subcategorias. No decorrer deste processo, foram construídos 167 (cento e sessenta e sete) códigos conceituais dos quais resultaram, após análise comparativa, 28 (vinte e oito) subcategorias e 5 (cinco) categorias. Por meio destas categorias, chegou-se ao fenômeno **“EMERGINDO A GESTÃO DO CUIDADO À PESSOA COM ESTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO PROFISSIONAL**

ENFERMEIRO”. As categorias que deram origem ao fenômeno foram intituladas de: **Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia; Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional; Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde; Realizando o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS; Caracterizando o papel dos pontos de atenção em saúde no cuidado à pessoa com estomia**. Cada categoria possui suas subcategorias, as quais estão descritas na íntegra no quadro 1.

Quadro 1: Apresentação dos resultados em categorias e subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
<p>Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a GC como atenção integral à saúde da pessoa com estomia • Relacionando a GC ao planejamento do cuidado à pessoa com estomia • Desdobrando a GC à pessoa com estomia em dimensões assistenciais e gerenciais • Entendendo a GC como responsabilidade da equipe de saúde, da pessoa com estomia e sua família • Embasando a GC à pessoa com estomia em autonomia profissional, conhecimento e boas práticas de cuidado • Realizando a GC à pessoa com estomia com o apoio das instâncias gestoras e das políticas públicas de saúde

Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional

- Conhecendo os instrumentos para realização do cuidado à pessoa com estomia
- Identificando o período da graduação como ideal para o conhecimento da pessoa com estomia
- Reconhecendo a pessoa com estomia como usuários dos serviços oferecidos nas unidades de saúde
- Identificando potencialidades no cuidado à pessoa com estomia
- Identificando as fragilidades no cuidado à pessoa com estomia

Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde

- Reconhecendo a importância da consulta de enfermagem para realização do cuidado à pessoa com estomia no Centro de Saúde e no domicílio
 - Desenvolvendo o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia na consulta de enfermagem na APS
 - Desenvolvendo o cuidado à pessoa com estomia no CCR
 - Integrando a equipe de saúde da APS no cuidado à pessoa com estomia
 - Entendendo a importância da educação permanente na temática da estomaterapia e a troca de conhecimento entre os profissionais
 - Reconhecendo o vínculo com a ESF como um componente importante para o cuidado à pessoa com estomia
-

**Realizando o cuidado à
pessoa com estomia
por meio da RAS**

- Compartilhando o cuidado entre os pontos de atenção da RAS
- Reconhecendo a descentralização do cuidado à pessoa com estomia como uma estratégia para melhoria do cuidado
- Identificando obstáculos e fragilidades na realização do cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS
- Estabelecendo melhorias nas práticas de cuidado por meio da RAS
- Situando os grupos de vivência como apoiadores da RAS no cuidado à pessoa com estomia
- Reconhecendo a resolutividade do atendimento em RAS para o cuidado à pessoa com estomia

**Caracterizando o
papal dos pontos de
atenção em saúde no
cuidado à pessoa com
estomia**

- Definindo o vínculo, a continuidade e a coordenação do cuidado como papel da APS
- Entendendo a integralidade do cuidado como colaboração e integração entre os pontos de atenção em saúde
- Reconhecendo que a pessoa com estomia exerce o seu papel no cuidado
- Estabelecendo o papel do CCR no cuidado à pessoa com estomia

Fonte: dos autores.

A categoria **Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia** foi considerada nesta pesquisa como a base para o desenvolvimento de todas as outras, pois é nela que se sustenta as propriedades para a construção da GC para pessoas com estomia, pelos profissionais de saúde e gestores que atuam diretamente no sistema de

saúde. Percebeu-se certa dificuldade entre os participantes em explicar a GC com clareza e objetividade, sendo que as subcategorias encontradas foram elaboradas pela junção de todas as afirmações expostas por eles.

Foi possível captar várias dimensões componentes do que os participantes consideram GC de forma geral e, conseqüentemente, à pessoa com estomia. Destaca-se o entendimento de GC como atenção integral à saúde, pois a mesma se configura também como objetivo da RAS, revelando que GC e RAS estão imbricados no desenvolvimento do cuidado em saúde. Para esta subcategoria foi identificada a atenção integral sob a forma de prevenção, promoção e reabilitação da saúde; a visualização da pessoa como um todo e não apenas como uma pessoa com estomia; bem como a integralidade nas ações e nos serviços de saúde, pensando nos mesmos em níveis de complexidades e complementares entre si.

Outro aspecto relevante foi a consideração da GC como planejamento em saúde, perpassando os passos fundamentais como planejar, executar, avaliar e monitorar as ações realizadas, em um movimento circular que recomeça sempre que identificado novas ou diversificadas necessidades. Alguns participantes destacaram o planejamento como inerente à função do gestor, considerando-se um executor no processo, ao passo que outros se consideraram peça fundamental no planejamento, estando presentes em todas as fases do processo e dando importância ao planejamento em nível local.

Outra forma de visualizar a GC foi desdobrando a mesma em assistência e gerência, de maneira em que cada uma dessas dimensões acontece no cuidado isoladas uma da outra. Percebe-se que os participantes entendem a assistência direta como um produto da

gerência, ou seja, quem gerencia planeja o cuidado e quem está na assistência, o executa. Isso ocorre com frequência com relação aos enfermeiros, pela condição histórica que ainda acontece em algumas unidades de saúde, principalmente hospitalares, no qual os setores são divididos pelo enfermeiro gerente e pelo enfermeiro da assistência, com vínculos e funções diferenciadas entre eles.

Outro dado interessante foi o entendimento entre os participantes de que a GC é de responsabilidade da pessoa com estomia, de seus familiares e da equipe de saúde de forma conjunta e complementar. Nesta subcategoria, vislumbrou-se a corresponsabilização pelo cuidado entre todos os envolvidos no processo, sendo partilhado não somente em equipe, mas com funções e metas definidas para serem cumpridas pelas pessoas com estomia com o apoio dos familiares, ou pelos familiares ou cuidadores no caso de se tratar de uma pessoa com estomia dependente ou com dificuldades perante a condição de possuir uma estomia. Não se trata de repassar ao outro a sua responsabilidade, mas sim de planejar conjuntamente as ações dividindo as responsabilidades entre todos, conforme sua condição e por meio da educação em saúde para o autocuidado.

Para os participantes, a GC deve estar embasada em autonomia profissional, conhecimento e boas práticas de cuidado, e que estas conquistas devem ser incentivadas tanto de forma individual como coletiva, com o apoio dos gestores em saúde. A autonomia profissional representa para os participantes a construção das suas funções e do que lhe compete enquanto profissional de saúde que compõe uma equipe, as quais serão desenvolvidas adequadamente embasadas no conhecimento. O conhecimento refere-se, neste caso, aos cuidados a serem realizados à

pessoa com estomia, mas também ao conhecimento da sua população de abrangência e das condições vivenciadas por ela no processo de trabalho cotidiano. Quanto às boas práticas, os participantes as relacionam a um cuidado idealizado, não somente à pessoa com estomia, mas à população em geral sob sua responsabilidade, a qual apresenta inúmeras fragilidades em saúde.

Por fim, porém não menos importante, destaca-se a subcategoria a qual se refere que a GC deve ser realizada com apoio das instâncias gestoras e das políticas públicas de saúde, revelando dimensões complexas da GC que interferem diretamente na realização desta nas unidades de saúde. Os participantes relatam que o apoio dos gestores para a realização da GC se consolida como peça chave para as boas práticas de cuidado, principalmente quando mencionam a questão dos recursos materiais e logísticos para a realização do cuidado. Como exemplo, alguns participantes destacaram as dificuldades encontradas para a realização de visitas domiciliares tanto para as pessoas com estomia, quanto para outras pessoas moradoras da sua área de abrangência, pela necessidade do carro para chegar até os domicílios. Esta logística do transporte para as visitas domiciliares acontece em forma de escala, a qual normalmente não pode ser alterada com facilidade, dificultando o trabalho em caso de uma visita fora do dia agendado. No caso dos recursos materiais, sua disponibilização é essencial ao cuidado à pessoa com estomia pela especificidade dos mesmos e pelo alto custo, não sendo possível, na maioria das vezes, serem adquiridos pela pessoa com estomia com recursos próprios. No caso das políticas públicas, os participantes destacaram que estas devem ser construídas de acordo com a realidade da região em que se atua, bem

como devem ser executadas da forma em que estão descritas no documento original, o que não acontece em grande parte dos casos, resultando em cuidados mal planejados e executados às pessoas às quais as políticas se destinam.

A categoria **Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional** foi assim denominada, pois nela consta as informações acerca dos primeiros contatos dos participantes com a pessoa com estomia, bem como o reconhecimento das fragilidades e potencialidades para a realização do cuidado à este público especificamente.

Os participantes estabelecem que o conhecimento do procedimento em si, que resulta em uma estomia, e da estomia como uma condição, se deu ainda no período da graduação. Nem todos tiveram a experiência de cuidar de uma pessoa com estomia nos estágios curriculares, mas todos tiveram contatos iniciados neste período, mesmo que apenas em teoria. Porém, todos definem a graduação como o período ideal para conhecer a pessoa com estomia, além de destacar o Grupo de Apoio à Pessoa Ostomizada da Universidade Federal de Santa Catarina (GAO/UFSC), quando o participante se graduou por esta universidade, como colaborador na divulgação da importância e particularidades no cuidado à pessoa com estomia, por meio da extensão universitária.

Para a maioria dos participantes, o primeiro atendimento à pessoa com estomia aconteceu no processo de trabalho na ESF de Florianópolis. Alguns relatos indicam que, mesmo tendo trabalhado em outros municípios, o atendimento à pessoa com estomia acontecia em unidades de referência e eram centralizados, diferentemente do que

acontece na APS de Florianópolis. Os participantes relatam que buscaram conhecimento acerca do cuidado para desenvolver atendimentos a esse público em geral e consideram importante a manutenção do cuidado na ESF pela possibilidade de continuidade. Quanto ao CCR, os participantes realizaram alguns atendimentos em outros serviços hospitalares nos quais trabalharam, porém, o contato mais direto foi como membro da equipe de referência do CCR. Todos reforçam que o cuidado é melhor desenvolvido quando descentralizado, principalmente por facilitar o acesso das pessoas ao cuidado e aos equipamentos coletores e adjuvantes sem ter que percorrer grandes distâncias para consegui-los.

Nesse processo de conhecimento da pessoa com estomia, os participantes relatam simultaneamente as estratégias de cuidado para os mesmos, destacando a consulta de enfermagem, a integração da equipe de saúde e os equipamentos coletores e adjuvantes como relevantes para o desenvolvimento de um cuidado de excelência.

Os participantes também destacam que as pessoas com estomia costumam utilizar com frequência os serviços em saúde prestados pelos centros de saúde. Em sua maioria, além da condição de possuir uma estomia, muitas vezes possuem outras comorbidades como doenças metabólicas, cardíacas ou outras condições que demandem de atendimentos rotineiros. Uma participante relatou que já atendia a pessoa antes mesmo da realização da estomia por diabetes, e no decorrer dos anos de acompanhamento em saúde este veio a desenvolver outra afecção que necessitou a realização da estomia. Isto comprova que o atendimento em ESF produz vínculo e continuidade do cuidado nas diferentes fases de vida das pessoas.

Quanto às potencialidades no cuidado à pessoa com estomia, os participantes mencionam a resiliência como uma característica destas pessoas. Destacam que, apesar de todo o impacto da condição de possuir uma estomia, as modificações corporais, a existência do equipamento coletor aderido ao abdome, entre outras características, estas pessoas apresentam uma capacidade de adaptação que impressiona os profissionais que as acompanham. Outro fator preponderante é a participação da família no cuidado, no sentido de apoiar, incentivar e, em muitos casos, realizar o cuidado direto pela dificuldade de manejo da pessoa com estomia. Os participantes enfatizam também o conhecimento adquirido pela pessoa com estomia acerca da sua condição, dos seus direitos e das formas de se adaptar melhorando a sua qualidade de vida e das pessoas que a cercam. Muitos relatam que aprendem constantemente por meio da troca de experiências e conhecimento em consultas ou em grupos de vivências com as pessoas com estomia.

Como fragilidades ao cuidado, os participantes citaram o preconceito, tanto dos profissionais de saúde quanto das próprias pessoas com estomia. Na maioria das vezes, os participantes se referem ao preconceito como consequência do desconhecimento e da falta de empatia com a condição, além da vergonha e do constrangimento que a pessoa com estomia acaba adquirindo, muitas vezes dificultando a adesão ao acompanhamento. Outra fragilidade reconhecida pelos profissionais é que, por possuir em sua área de abrangência poucas pessoas com estomia, realizam poucos atendimentos, o que dificulta a ampliação da experiência dos mesmos, pois acabam dando mais atenção aos problemas de saúde que superlotam as unidades.

Com relação à categoria **Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde**, esta se apresenta como a junção dos dados relevantes para a realização da GC à pessoa com estomia. Nela estão imbricados os significados desse cuidado desenvolvido por meio do processo de trabalho em saúde nos distintos pontos ambulatoriais da RAS, passando a ESF até as policlínicas municipais e a equipe do CCR, que é integrante da RAS.

O cuidado à pessoa com estomia em todos os pontos da RAS é desenvolvido por meio de consultas com os profissionais de saúde, sejam eles enfermeiros, médicos, nutricionistas, entre outros. Nesta pesquisa, foi entrevistado um número maior de enfermeiros devido à especificidade do cuidado direcionado à condição de possuir uma estomia e da sua importância profissional no cuidado da mesma.

A subcategoria “Reconhecendo a importância da consulta de enfermagem para realização do cuidado à pessoa com estomia no Centro de Saúde e no domicílio” retrata que os participantes, inclusive de outras formações, consideram a consulta de enfermagem como crucial para a GC à pessoa com estomia. Neste espaço da consulta pode-se realizar uma gama de intervenções, sejam elas de caráter assistencial, de educação em saúde ou por outro motivo que envolva o bem-estar da pessoa com estomia. Destaca-se que a qualidade das consultas de enfermagem, especialmente na ESF, tem evoluído e alcançado níveis mais complexos, bem como abrangendo novas áreas, incluindo a pessoa com estomia como um usuário desta estratégia de cuidado.

Quanto a realização das consultas de enfermagem na ESF, os participantes enfermeiros relataram que nela são realizadas orientações

para o autocuidado, educação em saúde, exame físico integral da pessoa, afinal, como todos colocaram, a pessoa não se resume à uma estomia e deve ser avaliada de forma completa. Após a realização do exame físico é realizada a avaliação da estomia, do equipamento coletor em uso, das características do efluente na bolsa, das condições da pele periestomia, assim como a identificação das complicações. Os participantes ressaltam que essas consultas são realizadas mensalmente, em alguns CS por meio de agendamento, em outros por meio de consulta no acolhimento ou por demanda espontânea. Nestes casos, ressalta-se que ainda, as pessoas com estomia costumam acessar o serviço em busca do material para o cuidado à estomia, conhecendo secundariamente a consulta de enfermagem, à qual ele tem direito, para além de apenas receber os insumos. Alguns participantes citaram uma consulta longa e complexa e outros, consultas pontuais, para não sobrecarregar a pessoa com estomia. As mais longas seriam realizadas logo após alta hospitalar, período este quando o paciente demanda maior volume de orientações, e as consultas pontuais para os casos em que a pessoa já esteja com a estomia há tempo. No entanto, todos concordam que o ideal seria que mensalmente a pessoa com estomia fosse avaliada, para seguimento do cuidado.

Outro destaque no atendimento das equipes é a visita domiciliar à pessoa com estomia. Todos os participantes relataram que realizam visitas domiciliares com frequência, principalmente quando se trata de idoso ou pessoas com dificuldade de mobilidade. Esses atendimentos em domicílio são realizados da mesma forma que as consultas nos CS.

No CCR, o cuidado à pessoa com estomia segue a mesma linha da ESF, porém é realizado para atendimento de primeira consulta após

alta hospitalar e para cuidado com as complicações que não são resolvidas nos municípios de origem. A equipe realiza consultas médicas, de enfermagem, de nutrição e atendimentos com a assistente social, sendo individuais e em interconsulta, quando necessário. No entanto, os participantes referiram que a realização das primeiras consultas não é mais necessária, pois percebem que o atendimento nas ESF e na atenção secundária dos municípios da Grande Florianópolis está melhorando gradativamente, pensando-se em manter apenas o atendimento às complicações e ampliar o contato com a alta complexidade hospitalar para realização de intervenções cirúrgicas quando necessárias às complicações ou reversão da estomia. Os participantes destacam que o cuidado no CCR é especializado no intuito de garantir a referência dos municípios e, para tanto, possuem um arsenal de equipamentos e adjuvantes para as estomias diferenciados daqueles que existem nas ESF.

Mesmo considerando o enfermeiro como protagonista no cuidado à pessoa com estomia, os participantes referem a necessidade de integração de toda a equipe de saúde para a realização desse cuidado. Quanto à equipe de SF, o envolvimento principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o acompanhamento, pela proximidade que eles têm da moradia, podendo identificar fragilidades nesse cuidado no âmbito domiciliar. Outro destaque foi a sugestão de envolvimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no cuidado à pessoa com estomia na APS. Conforme os participantes, o cuidado pode ser compartilhado, pois os NASF possuem psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, psiquiatras que pode realizar atendimentos que evitariam possíveis encaminhamentos destas pessoas

pela RAS. No CCR, a equipe possui uma boa integração e destacam a facilidade para a troca de informações entre eles, complementando o cuidado com a interdisciplinaridade. Ainda, um participante destacou que já realizou mais de uma capacitação aos profissionais da mesma categoria que compõem o NASF, reforçando que estas equipes estão aptas a atender as pessoas com estomia na APS.

Os participantes da pesquisa reforçaram que, apesar de a maioria deles estarem há mais de dois anos nas suas equipes de SF é necessário que sejam realizadas periodicamente treinamentos e capacitações para o cuidado à pessoa com estomia. Questionam sobre a possibilidade de que essa educação permanente seja articulada e sistemática, pelo menos com frequência anual, para repasse de novas informações e atualização quanto aos novos equipamentos disponibilizados pela SES/SC.

Os participantes da ESF trazem o vínculo com a pessoa com estomia como um importante componente para a realização desta GC. Afirmam que o cuidado é muito melhor recebido pela pessoa e seus familiares ou cuidadores quando esse vínculo é estabelecido, facilitando a co-responsabilização de todos nesse processo.

Os participantes das policlínicas municipais incluídas nesta pesquisa relataram não realizar, até o momento, nenhuma consulta ou atendimento à pessoa com estomia. No entanto, todos se colocaram à disposição iniciar ações nessa temática, desde que precedidas por treinamento na área.

Quanto à categoria **Realizando o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS**, os participantes destacaram como condição essencial para o cuidado à pessoa com estomia a integração e o

compartilhamento entre os pontos de atenção em saúde na RAS. Compartilhar o cuidado foi citado como uma necessidade por muitos participantes, pois se vislumbra que nenhum dos pontos da RAS tem as ferramentas suficientes para prestar atendimentos de forma integral.

Dentre as estratégias para desenvolver de forma mais integrada as ações na RAS, alguns participantes mencionaram a descentralização de algumas ações para os Distritos Sanitários que possuem policlínicas, para que o cuidado em nível secundário para a pessoa com estomia daquela região seja oferecido o mais próximo da ESF na qual possui residência. A descentralização dos materiais para as ESF em formato de kits individuais elaborados de acordo com as necessidades de cada pessoa com estomia também foi elencado pelos participantes como uma boa prática de cuidado em rede.

Segundo os participantes, a realização do cuidado por meio da RAS demonstra melhoria nas práticas de cuidado não somente à pessoa com estomia, mas em todas as condições de saúde que demandem de cuidados ambulatoriais complementares em nível secundário em saúde. Estas afirmações se sustentam na importância da troca de conhecimento entre os profissionais dos diversos níveis de atenção, no reconhecimento que a reabilitação da pessoa com estomia acontece por meio dos pontos de atenção da RAS, no reconhecimento dos Distritos Sanitários como apoiadores no desenvolvimento das ações da RAS, na necessidade de que as orientações no momento da alta hospitalar sejam realizadas da forma adequada, para que a pessoa com estomia seja direcionada de forma correta ao ponto de atenção na RAS para seguimento do seu cuidado.

Além dos pontos de atenção em saúde componentes da RAS municipal e estadual, os participantes consideraram essenciais os grupos de vivência realizados pelas Organizações Não-Governamentais (ONG) e pelo GAO/UFSC. Apesar de muitos participantes apresentarem informações equivocadas na nomenclatura dos grupos, bem como na localização dos mesmos, todos citaram a importância da Associação Regional da Pessoa Ostomizada (ARPO) com sua reunião mensal de convivência, como um fórum privilegiado para a troca de informações entre as pessoas com estomia, familiares, cuidadores, profissionais da saúde e estudantes, dividindo angústias e comemorando conquistas na caminhada pela saúde e qualidade de vida. O GAO/UFSC também foi reconhecido como um excelente grupo formador por liderar as capacitações oferecidas pela SES/SC.

No entanto, como a RAS está em permanente processo de construção, ainda se encontram percalços no caminho da sua implementação. Os participantes destacaram dificuldades de locomoção das pessoas com estomia pela RAS, principalmente devido a questões de transporte coletivo e problemas no trânsito da cidade Florianópolis.

Quanto à logística da RAS, o destaque foi para os problemas encontrados com a comunicação entre os pontos de atenção. Os participantes relataram que as iniciativas de comunicação entre os profissionais da RAS permanecem muito no âmbito do interesse individual, ou pelo uso do telefone e grupos de *WhatsApp* para o contato e troca de informações. No entanto, estes mecanismos se consolidam como informais, sendo que muito do que é dividido nestes espaços são informações de cunho sigiloso. O meio eletrônico formal para a troca de informações é o prontuário eletrônico do sistema INFOSAÚDE. No

entanto, ele está disponível e interligado em todos os pontos de atenção da RAS municipal, não atingindo, por exemplo, o CCR.

Para estes casos em que os sistemas de informação eletrônicos não se comunicam, persiste o uso de sistemas de referência e contra-referência por meio de formulários próprios. Quanto a isso, os participantes relatam fragilidades, pois nem sempre as informações chegam ou são devolvidas adequadamente ao profissional interessado, além de ser levada entre os pontos de atenção pela própria pessoa com estomia.

Alguns participantes referiram não conhecer os serviços existentes nas policlínicas e no CCR, bem como desconhecer o encaminhamento entre enfermeiros componentes da RAS.

Outro destaque importante mencionado diversas vezes pelos participantes é o acesso aos serviços disponíveis na RAS. Todos referem que enfrentam ou já enfrentaram dificuldades no acesso às consultas especializadas, exames complementares bem como fragilidades no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Para as pessoas com estomia, o cuidado demanda de ações e serviços complementares, principalmente para o manejo das complicações, e o acesso a eles deve ser facilitado, conforme a percepção dos participantes.

Mesmo com todas as fragilidades apresentadas pelos participantes, todos também apontam o atendimento em RAS como resolutivo e potencial para desenvolvimento de boas práticas de cuidado.

Na categoria **Caracterizando o papel dos pontos de atenção em saúde no cuidado à pessoa com estomia**, pode-se vislumbrar a importância para os profissionais de saúde, gestores e pessoas com

estomia, de se ter a definição correta dos papéis de cada ponto de atenção em saúde dentro da RAS. Caracterizá-los enquanto níveis de densidade tecnológica, tipo de serviços oferecidos e funções exercidas na RAS se configuram como essencial para se evitar a transposição de papéis, bem como os encaminhamentos desnecessários ou inadequados entre os serviços de saúde.

Quanto o papel da APS na GC à pessoa com estomia, os participantes destacaram o vínculo, a continuidade e a coordenação do cuidado na RAS. O vínculo foi mencionado como uma importante estratégia para conquistar confiança e compartilhar os cuidados com a pessoa com estomia e seus familiares, sendo este adquirido no decorrer dos encontros no CS ou no domicílio e deve ser estimulado por toda a equipe de saúde. A continuidade do cuidado se configura como o acompanhamento seqüencial da pessoa com estomia, por meio das consultas mensais, do planejamento do cuidado no decorrer das consultas, do estabelecimento de metas a serem conquistadas conjuntamente entre a pessoa com estomia e a ESF à qual pertence. Para a coordenação do cuidado, os participantes a citaram como função primordial da APS, por ser a porta de entrada do sistema e responsável por monitorar os encaminhamentos e as referências percorridas pela pessoa com estomia, no intuito de manter a continuidade do cuidado com o seu retorno para a APS.

Outro fator levantado pelos participantes é que a APS possui também a função de reabilitação, além da prevenção de doenças e promoção da saúde. Portanto, reabilitar a pessoa com estomia por meio da APS se faz necessário e deve ser uma ação estimulada e incentivada pelos gestores, dentro do nível que a compete. Reforça-se que a

prevenção de complicações nas estomias também foi citada como papel da APS.

Os participantes da pesquisa declararam que a integralidade do cuidado só pode ser alcançada por meio da colaboração e integração entre os pontos de atenção em saúde da RAS. Isso se explica pela noção de que os pontos não são independentes, pois a complexidade de ações e serviços está restrita à densidade tecnológica do seu nível de atenção. Os participantes da RAS municipal estimularam o compartilhamento do cuidado entre os CS e as policlínicas, considerando cada nível de complexidade com sua especificidade e importância para o funcionamento adequado da GC e do sistema de saúde de um modo geral.

O papel do CCR foi descrito pelos participantes como apoiador das ações desenvolvidas na atenção secundária municipal e pelas ESF, além de se configurar como um pólo de capacitação em educação permanente em saúde. Além disso, os participantes mencionaram reformulações nas funções da equipe do CCR que presta o cuidado à pessoa com estomia, no intuito de qualificar sua função de referência para cuidado das complicações e encaminhamentos para a alta complexidade, quando necessário. Estas ações serão implantadas conforme a comunicação e a integração entre o CCR e os hospitais de alta complexidade forem estabelecidas, com as ações devidamente pactuadas entre os pontos de atenção. Ressalta-se que esta equipe especializada se apresenta como uma excelente estratégia para a GC à pessoa com estomia.

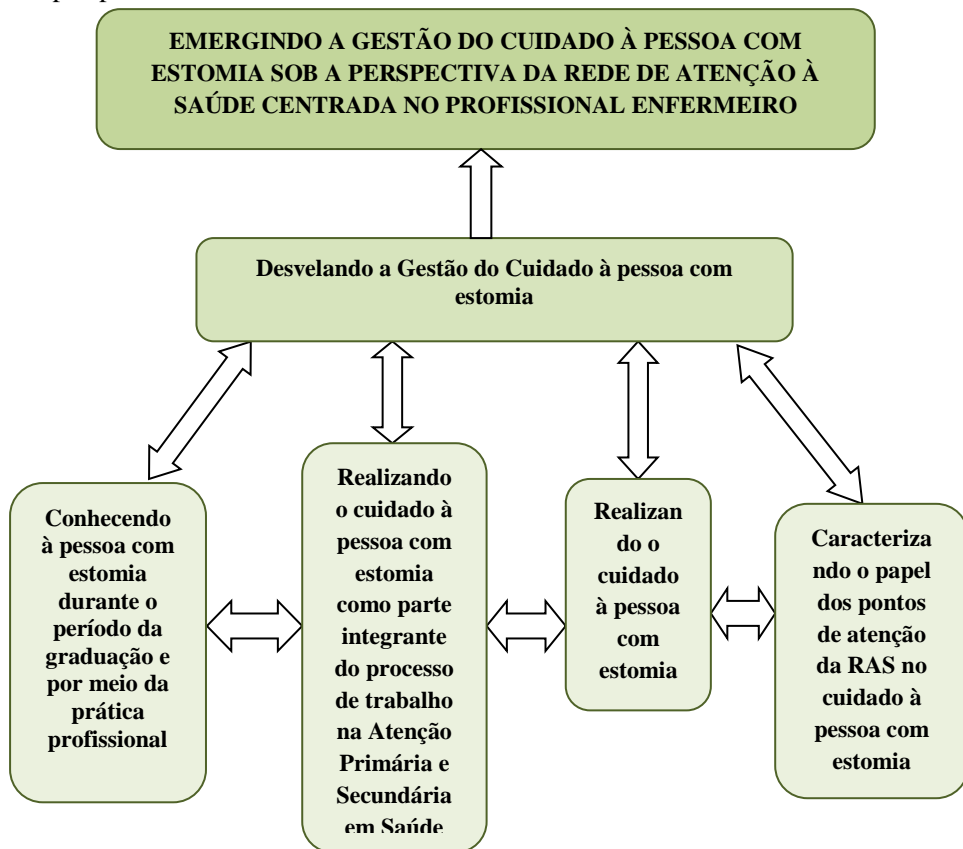
Além das definições dos papéis dos pontos de atenção na RAS, alguns participantes ainda caracterizaram a importância do papel da

pessoa com estomia e sua família no cuidado. Este papel seria identificado como a realização do autocuidado, a co-responsabilização pela manutenção da saúde por meio da prevenção de complicações e promoção da saúde e qualidade de vida, bem como a troca de informações da pessoa com estomia com familiares e com a equipe de saúde, no intuito de sanar inquietações, compartilhar angústias e conquistas diárias no processo de cuidado.

Não foi possível caracterizar o papel das policlínicas que foram incluídas nesta pesquisa, pois ainda não desenvolvem ações voltadas ao cuidado à pessoa com estomia, sendo este restrito à policlínica municipal continente.

Finalizando a análise das relações entre as categorias, subcategorias e códigos conceituais destacados nos resultados, conforme suas propriedades e dimensões, foi possível elaborar o modelo teórico representativo da GC à pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS, o qual será apresentado na figura 2. Este modelo demonstra que ao conhecer a pessoa com estomia, ao realizar o cuidado de enfermagem no seu processo de trabalho, ao realizar o cuidado por meio da RAS e ao caracterizar os pontos de atenção da RAS se desvela a GC à pessoa com estomia centrada no profissional enfermeiro. Essas ações acontecem simultaneamente e servem de base ao desvelamento da GC, a qual também se refaz e se atualiza constantemente. Cabe ao profissional enfermeiro essa constante busca e construção da GC a pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS.

Figura 2: Modelo teórico gráfico da GC à pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS.



DISCUSSÃO

No processo de construção do modelo teórico fundamentado nos dados, constatou-se a importância de se desvelar os significados atribuídos pelos participantes para o conceito de Gestão do Cuidado (GC) à pessoa com estomia. A partir da elaboração deste significado,

emergiram as demais categorias. Nesse sentido, o modelo teórico apresentado graficamente posiciona as categorias lado a lado, representando as relações horizontais entre elas existentes, e convergindo todas ao mesmo fim: a revelação da GC à pessoa com estomia.

A GC à pessoa com estomia possui particularidades e especificidades que a tornam, de certa forma, um processo complexo. Prevê ações de planejamento e monitoramento junto à pessoa no sentido de programar metas a serem atingidas por meio do autocuidado ou do cuidado realizado pelo familiar/cuidador; o desenvolvimento de ações conjuntas com os familiares/cuidadores, os quais representam o principal apoio à pessoa nesta condição; presume o conhecimento acerca da condição e dos equipamentos e adjuvantes utilizados para tal fim, o qual deve ser oferecido enquanto educação permanente para os profissionais e educação em saúde para as pessoas com estomia e suas famílias; a compreensão por parte dos gestores e profissionais de saúde que o cuidado à pessoa com estomia necessita de recursos materiais, estruturais e logísticos específicos, sem os quais a sua realização fica comprometida; que a pessoa com estomia demanda de atendimentos especializados por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que deve ser composta em nível de atenção secundária dentro da RAS, a qual deve se responsabilizar pelo atendimento dos casos complicados e encaminhamentos à alta complexidade, consolidando o cuidado em rede e que este será reiniciado e desencadeado pela APS sempre que a pessoa com estomia apresentar novas situações no seu processo de vida (BRASIL, 2012; BRASIL, 2009; MORAES, 2014).

Conforme o modelo teórico elaborado a partir dos dados coletados com os participantes, para que a GC à pessoa com estomia seja consolidada, faz-se necessário o conhecimento da pessoa com estomia desde o período da graduação e durante a atuação dos profissionais de saúde, realizando o cuidado no seu ponto de atenção, bem como encaminhando esta pessoa para os demais níveis da RAS, conforme as demandas apresentadas. Para que esse encaminhamento aconteça de forma adequada, os pontos de atenção devem possuir seus papéis no cuidado à pessoa com estomia claros e definidos, no sentido de realizar as ações que a ele competem. Essas ações não se sobrepõem, elas acontecem de forma integrada e circular, reiniciando com o surgimento de novas situações, fazendo emergir a GC à pessoa com estomia na perspectiva do cuidado em rede como um processo em constante construção, coordenado pela APS.

O modelo teórico elaborado considera e defende que, para a que a GC à pessoa com estomia seja realizada da melhor forma, necessita-se de uma RAS fortalecida, composta de ações e serviços diferenciados e qualificados, com potencial para atender às demandas dentro da complexidade por ela apresentada (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010). Essa RAS deve contemplar equipes de SF capacitadas para o cuidado à pessoa com estomia, bem como equipes especializadas na atenção secundária municipal e estadual que exerçam a função de referência para os casos complicados, e que estas referenciem para a atenção terciária conforme a necessidade, retornando à APS para a continuidade do cuidado. Entende-se que esse movimento acontece dentro da RAS de forma geral, não existindo, portanto, uma RAS exclusiva para a pessoa com estomia. O que existe são ações e serviços específicos para esse

fim, os quais fortalecem a RAS como um todo pela diversidade que esta apresenta. Uma RAS geral se fortalece conforme a diversidade de ações e serviços de saúde que à contemplam, proporcionando a construção e execução da GC a qualquer condição de saúde, inclusive à pessoa com estomia.

Nesta pesquisa, os participantes reforçaram que as dimensões apresentadas para a construção da GC à pessoa com estomia situam-se no mesmo nível de importância, bem como se interligam e compartilham responsabilidades, criando relações horizontais entre as mesmas. Destaca-se que a GC deve propiciar o cuidado planejado, por meio da utilização dos recursos disponíveis e elencando objetivos, metas e estratégias, manifestando-se como processo criativo e motivacional, com a intenção de manter e favorecer o cuidado, assegurando sua qualidade aos usuários e suas famílias. A GC deve ser entendida como processo humano e social que se apóia na relação interpessoal, liderança, motivação, participação, comunicação e colaboração. No âmbito da RAS, a GC deve ser o produto final da efetiva implantação dos mecanismos de coordenação do cuidado (AGÜERO, KLIJN, 2010; UMPIERREZ, 2013; VARGAS, 2015).

Por meio da elaboração dos significados da GC pelos participantes, foi possível a construção das demais categorias relacionadas no modelo teórico apresentado nesta pesquisa. Iniciou-se a explorar e edificar as categorias pela etapa de (re)conhecimento da pessoa com estomia, o qual se caracterizou como um marco para o desvelamento da GC, devido à especificidade dos cuidados a serem prestados, estes atrelados às necessidades impostas por esta condição. Os participantes consideraram importante, desde o período da sua

formação profissional, o esclarecimento acerca do que consiste a confecção da estomia e do impacto desta na vida das pessoas. O contato com estes conteúdos possibilita a elaboração de estratégias para o cuidado, respeitando as fragilidades e potencialidades das pessoas e famílias, bem como recebê-las de forma mais adequada nos diversos pontos de atenção da RAS. O cuidado à pessoa com estomia exige reflexão dos profissionais de saúde acerca das potencialidades e fragilidades desenvolvidas pela pessoa no processo de reabilitação, tornando-se indispensável conhecer as suas reais necessidades que, além de serem diversas, mudam constantemente e devem caminhar no sentido do desenvolvimento da aceitação e da convivência harmônica e saudável com esta nova situação (NASCIMENTO et al, 2011).

A realização do cuidado à pessoa com estomia no nível da APS, pelas equipes de saúde da família, foi considerada estratégica para construção da atenção integral e para geração de impacto positivo na qualidade de vida das mesmas. As visitas domiciliares, bem como, as consultas de enfermagem, realizadas periodicamente, apresentam-se como recursos importantes para a reabilitação desta pessoa em todos os níveis de complexidade da RAS, incluindo e estimulando ações de reabilitação na APS. Partilhar o cuidado entre os membros das equipes da APS, incluindo o NASF, reforça a necessidade de uma postura interdisciplinar, valorizando os diferentes olhares para esta condição. O incentivo ao autocuidado e a prevenção de complicações na estomia é o foco central da APS (BRASIL, 2009). Estimular o autocuidado é essencial no intuito de desencadear ganho de autonomia da pessoa com estomia e, conseqüentemente, do familiar/cuidador, possibilitando a

reinserção social e melhorando a qualidade de vida (POLETO; SILVA, 2013).

Na atenção secundária à saúde destaca-se a equipe multiprofissional que presta cuidado à pessoa com estomia no CCR, a qual está estruturada nos moldes exigidos pela portaria nº 400, de 2009, consolidando-se em um Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostmizada (SASPO) II. Este se desenvolve como referência no cuidado das complicações relativas à estomia, sendo sua equipe composta por profissional médico, enfermeiro com capacitação em estomaterapia, psicólogo, nutricionista e assistente social. A equipe do CCR, para além das atividades de reabilitação, exerce função de pólo formador, sendo responsável por estimular e desenvolver ações relacionadas à educação permanente em saúde tanto para as pessoas com estomia e seus familiares durante os atendimentos, quanto para os profissionais de saúde de outros níveis de atenção. Os participantes reforçam que o compartilhamento do cuidado com os outros pontos de atenção está em fase de implantação e já ocorrem no âmbito da RAS investigada. Entretanto, ressalta-se que o planejamento de ações programáticas de reabilitação, voltadas à pessoa com estomia, bem como o atendimento multiprofissional e interdisciplinar sistematizado, em todos os níveis de atenção, devem estar embasados nos princípios doutrinários do sistema de saúde brasileiro: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2012; BRASIL, 2009; MORAES, 2014).

Realizar o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS prevê a integração entre pontos de atenção em saúde, no sentido de compartilhar não somente o cuidado, mas os valores e objetivos finais a

serem atingidos. Os participantes afirmaram que o cuidado, quando realizado em conjunto e dividido entre os profissionais dos diversos níveis de atenção pode alcançar a resolutividade e a integralidade. Destacam a melhoria na qualidade do cuidado quando este se desenvolve em formato de rede e que a descentralização do cuidado à pessoa pode se consolidar como uma estratégia de boa prática de cuidado, no sentido de minimizar os grandes deslocamentos da pessoa com estomia pela RAS. Estes fatores citados são legitimados pela literatura, confirmando que articulações e conexões com outros profissionais e serviços proporcionam a continuidade da assistência, bem como a organização do cuidado em RAS proporciona o acesso universal, equânime e integral, com base na regionalização e hierarquização dos serviços. Ainda, os autores referem que a concentração de alguns serviços e a desconcentração de outros pode se consolidar como uma boa prática de cuidado. (ARRUDA, 2015; ERDMANN et al, 2011; RODRIGUES, 2014; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2015).

Como fragilidades para a organização do cuidado em RAS, os participantes citaram as inúmeras dificuldades de comunicação e a desarticulação dos sistemas de informação, o que tem gerado práticas de informalidade e a perda de informações importantes para o processo de cuidar. A manutenção do sistema de referência e contrarreferência por meio de formulários, muitas vezes mal preenchidos pelos profissionais de saúde, também se caracterizou como uma dificuldade. Destaca-se o prontuário eletrônico como uma importante ferramenta para disseminação de informações entre os profissionais. Porém, nesta pesquisa, ele é utilizado somente pelos pontos de atenção sob gestão

municipal. Para a construção e implementação da RAS deve-se prever sistemas logísticos e de informação que qualifiquem o acesso e apóiem a coordenação do cuidado entre os pontos de atenção. Os sistemas de referência e contrarreferência, quando bem organizados e articulados, podem favorecer a integração entre os serviços e profissionais de saúde, melhorando o compartilhamento de informações entre eles. Cita-se a APS como estratégica para esse fim por ser considerada a principal porta de entrada para o sistema de saúde e coordenadora do cuidado na RAS (ERDMANN et al, 2013; RODRIGUES, 2014; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VARGAS, 2014).

Como limitação para a realização deste estudo destaca-se a escassa literatura científica voltada para a atuação dos profissionais frente ao cuidado à pessoa com estomia, bem como o desenvolvimento deste cuidado em formato de rede. Encontrou-se uma vasta literatura acerca das potencialidades e fragilidades de se viver com uma estomia, com foco no impacto das mudanças, na adaptação e no autocuidado, as quais auxiliaram sobremaneira nesta pesquisa. No entanto, a visão do profissional de saúde, especialmente de enfermagem, acerca das implicações que envolvem o cuidado à pessoa com estomia, ainda se apresenta de forma incipiente na literatura.

Outra limitação encontrada foi a realização da pesquisa apenas nos pontos de atenção ambulatorial da RAS, não sendo possível a realização no âmbito hospitalar. Ressalta-se a importância de se investigar o cuidado à pessoa com estomia em nível da atenção terciária em saúde, pois em vários momentos de sua vida a pessoa com estomia dependerá do cuidado desenvolvido nestes pontos de atenção, sendo primordial o conhecimento, a compreensão e a definição do seu papel

no cuidado à pessoa com estomia, bem como a integração destes com os outros serviços existentes na RAS em nível ambulatorial.

Sugere-se a realização de outras pesquisas orientadas para a temática da estomaterapia, não somente com os enfermeiros, mas com toda a equipe de saúde, desenvolvendo o conhecimento e as possíveis ações a serem realizadas por todos os envolvidos no processo de cuidado, dentro da especificidade que lhe compete. De acordo com este estudo, as equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar, podem proporcionar avanços na qualidade do cuidado à pessoa com estomia.

Por fim, ressalta-se a importância da realização de mais pesquisas voltadas para a temática da RAS de forma geral, pensada como modelo organizacional para os sistemas de saúde que pretendem ser integrados, reforçando novamente a importância da integração dos serviços de alta complexidade na RAS de forma horizontalizada, no intuito de proporcionar maior resolutividade nas ações e construir a integralidade do cuidado à pessoa com estomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da GC à pessoa com estomia sob a perspectiva da RAS afirmou-se, nesta pesquisa, como a estratégia para a implementação do cuidado qualificado a este grupo populacional, que demanda de atenção específica, nos diferentes níveis do sistema de saúde, em que o cuidado possa ser oferecido.

A elaboração do modelo teórico desta pesquisa reforça a importância de que o cuidado à pessoa deve ser desenvolvido por equipes de saúde multiprofissionais, que atuem de forma interdisciplinar, independentemente do nível de complexidade em que se encontrem na RAS. A cooperação e integração destas equipes podem resultar em maior qualidade e resolutividade no cuidado à pessoa com estomia.

O modelo teórico proposto considera que uma RAS fortalecida em termos de diversidade de ações e serviços proporcionará uma melhor GC à pessoa com estomia. Esta GC deve ser realizada por equipes de SF com capacitação para o cuidado que lhe compete, bem como pelas equipes especializadas na atenção secundária municipal e estadual para atuar como apoiadoras e resolutivas nos casos de maior complexidade. Entende-se que não se faz necessária a criação de uma rede específica para a pessoa com estomia, mas sim ter a disposição uma gama de serviços, tanto gerais quanto específicos à pessoa com estomia na RAS fortalecendo a mesma enquanto reformulação do sistema de saúde e integração dos serviços.

A realização desta pesquisa possibilitou o esclarecimento de que a especificidade do cuidado à pessoa com estomia está presente em todos os níveis de atenção da RAS estudada, sendo o mesmo conhecido pelos profissionais de saúde e desenvolvido por eles dentro da sua competência e diversidade tecnológica. A complexidade deste cuidado reforça e reitera a importância da implementação da RAS, proporcionando a integração dos serviços e profissionais de saúde para a construção de uma saúde mais resolutiva, com vistas à integralidade no cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUERO, S. E.; KLIJN, T. P. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 16, n. 3, p. 33-39, dic. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005> Acesso em: 01 nov. 2014.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009**. Estabelece diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. Botucatu , v. 15, n. 37, apr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021> Acesso em: 20 jun. 2014.

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

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. J. nur.**, Niterói, v. 10, n.1, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1/html>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan./feb. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to healthcare in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, may./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_14.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

GRECO, A. P. C. **Assistência a pessoas com estomas: guia prático para profissionais da área da saúde**. Salvador: ASCOM – HSR, 2015.

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

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio

de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MORAES, J. T. et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2014.

NASCIMENTO, C. M. S. et al. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, jult./Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2014.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F. Estomia e sexualidade. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

POLETTI, D.; SILVA, D. M. G. V. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, mar./apr 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200531&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 ago. 2014.

RODRIGUES, L. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-52, feb. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SANTOS, V. C. L. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. **Rev. Estima**, v. 5, n. 1, p.31-38, jan./mar. 2007. Disponível em:

<http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=124:revisao-1&catid=2:edicaovol5&Itemid=73>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SILVA, M. A. D. A ética e a assistência à pessoa estomizada. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R.(Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-93, apr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

UMPIERREZ, A. H. F. La gestion del cuidado em la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. **Cienc. enferm**, Concepcion, v. 19, n.3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300011>. Acesso em: 30 out. 2014.

VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 15, p. 1-14, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12913-015-0882-4.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health PolicyPlan**. London, v. 30, n. 6, p. 705-17, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

5.2 MANUSCRITO 2: SIGNIFICADOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E REPERCUSSÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem por objetivo identificar os significados teóricos-conceituais que são adotados para o estudo das Redes de Atenção à Saúde (RAS), bem como, o modo como estas repercutem na organização dos sistemas de saúde. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PUBMED/Medline, SCOPUS, Web of Science e LILACS, além de consulta ao website Google Scholar e da checagem da lista de referências dos artigos. Foram analisados de forma qualitativa 21 artigos nacionais e internacionais. Os resultados encontrados identificam a RAS com significados semelhantes entre os estudos, sendo considerada uma estratégia de reformulação dos sistemas de saúde com vistas à integralidade. Quanto às repercussões, destaca-se a racionalização de gastos, a diminuição dos custos em saúde, a integração e cooperação entre os serviços e profissionais em saúde, o incentivo ao desenvolvimento de tecnologias de informação que possibilitem a disseminação de dados importantes ao cuidado em saúde. Ressalta-se que não há modelos ideais de RAS, sendo primordial que sua construção esteja embasada nas necessidades de saúde da população por ela atendida, com diversidade de ações e serviços em saúde que, integrados entre si, possam proporcionar como produto final a integralidade no cuidado em saúde.

Descritores: Assistência à Saúde;Integralidade em Saúde; Sistemas de saúde.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde com base em princípios como universalidade, equidade e integralidade do cuidado operacionalizam inúmeras estratégias que, quando interligadas, podem gerar ações e serviços resolutivos, com melhoria na qualidade dos cuidados e da saúde da população por eles atendida. O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro está nesse patamar e tem como dever constitucional prover a saúde de todos, seja por meio da prevenção de doenças, promoção da saúde ou tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 1988).

Disponer de serviços de saúde em territórios delimitados para o atendimento adequado das populações não se caracteriza como uma tarefa fácil. A realização de ações resolutivas requer, além de cuidados considerados básicos ou primários, outros complementares, aos quais as pessoas devem ser encaminhadas, retornando a sua unidade de origem para seguimento. Isto se constitui como um dos grandes desafios para os sistemas de saúde que pretendem exercer suas funções de forma integrada. Visando essa integração das ações e serviços em saúde, iniciativas são estudadas, formuladas e colocadas em prática desde 1920, ano em que aconteceu a publicação do Relatório de Dawson, o qual propôs pela primeira vez a integração dos serviços em formato de rede (KUSCHNIR, 2010; MENDES, 2011).

A busca pela construção de redes nos sistemas de saúde se intensificou nos anos 90 por meio de experiências realizadas nos Estados Unidos, propagando-se pela Europa Ocidental e Canadá até chegar recentemente aos países em desenvolvimento. Para alavancar e estimular a organização dos sistemas de saúde em redes, algumas

diretrizes foram publicadas para tal fim, destacando como exemplo o documento elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para ser utilizado como base na criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos países da Região das Américas e Caribe, aprovado em reunião do Conselho Diretivo da OPS em Washington (EUA) no ano de 2009. Neste documento, a RAS é definida como uma rede de organizações que, por meio de arranjos organizativos, proporciona serviços de saúde equitativos e integrais a uma população adscrita, e que se responsabiliza pelos resultados clínicos e econômicos, bem como pelo estado de saúde da mesma (OPAS, 2011).

Seguindo a mesma linha, em 2010 o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria n 4.279, a qual tem por finalidade o estabelecimento de diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, constando a sua definição como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, que se diferem em densidade tecnológica, os quais são integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A RAS tem por objetivo promover a integração do sistema de saúde por meio de suas ações e serviços, provendo atenção contínua e integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de buscar incrementar o SUS em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, bem como eficiência econômica. Possui como centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde (APS), por se constituir como primeiro nível de atenção do sistema e ser resolutiva nos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde. Tais características definem a APS como coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção da RAS, sendo de sua responsabilidade a

manutenção da atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e interdisciplinar, compartilhando objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

A RAS engloba não somente serviços e ações em saúde de forma pontual e restrita ao nível local. A existência dos serviços em todos os níveis de complexidade, por si só, não caracteriza uma RAS, pois o que a define como tal é a integração das suas estruturas, elementos e componentes como uma teia invisível de relações horizontais capazes de melhorar a comunicação e a aprendizagem do sistema pela troca e pelo compartilhamento, gerando uma interconectividade capaz de produzir a integralidade (GONZALES; MARTINS; TOLEDO, 2009).

As formas de abordagem da temática da RAS em termos de clareza de significados ou referencial teórico adotado nem sempre estão perceptíveis nos estudos empíricos. Observa-se também que a compreensão acerca dos elementos que definem a RAS, suas dimensões e articulações implicam em dificuldades em analisar a implementação da RAS como eixo estruturante dos sistemas de saúde.

Diante da relevância de se estruturar e aperfeiçoar a RAS, em termos teóricos e práticos, bem como das dificuldades de compreensão de suas implicações para a organização de sistemas de saúde realmente integrados, propôs-se buscar na literatura nacional e internacional estudos que enfoquem RAS de forma geral, trazendo seus significados e suas repercussões para a organização dos sistemas de saúde.

Sendo assim, a presente revisão integrativa de literatura tem por objetivo identificar os significados teóricos-conceituais que são

adotados para o estudo das RAS, bem como, o modo como estas repercutem na organização dos sistemas de saúde.

MÉTODO

O presente estudo se caracteriza como uma revisão integrativa de literatura. As revisões de literatura consistem em uma forma de pesquisa, na qual são utilizadas fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas com o intuito de obter resultados de pesquisa de outros autores, objetivando a fundamentação teórica acerca de um determinado tema. Apresentam-se nas formas de revisão narrativas, integrativas, sistemáticas, metassíntese, meta-análise, entre outras. A Revisão Integrativa (RI) pode ser entendida como um tipo de revisão de natureza complexa, a qual que se utiliza de métodos normativos e sistemáticos para fins de assegurar o rigor exigido na pesquisa científica e a legitimidade das evidências encontradas (BOTELHO, CUNHA, MACEDO; 2011; SOARES et al, 2014).

Após elencar a temática e construir a questão de pesquisa, partiu-se para a elaboração do protocolo para a RI. No protocolo estabeleceram-se as bases de dados a serem consultadas, as estratégias de busca, os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, a sistematização da RI e o cronograma de realização.

Para a realização da RI, optou-se por seguir os passos propostos por Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 129), sendo eles: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados;

análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão com síntese do conhecimento acerca do tema.

A revisão pretendeu responder a seguinte questão: **Quais são os significados de Redes de Atenção à Saúde presentes nas publicações científicas e repercussões na organização dos sistemas de saúde?**

A pesquisa foi realizada por meio de consulta eletrônica nas bases de dados PUBMED/Medline, SCOPUS, Web Of Science e LILACS, além de consulta ao website Google Scholar e da checagem da lista de referências dos artigos.

Para cada base de dados elaborou-se uma estratégia de busca com Descritores em Ciências da Saúde (DECS), *Medical SubjectHeadings* (MeSH) e palavras chave aleatórias, a fim de abranger na totalidade as publicações na temática. Percebeu-se dificuldades na elaboração das estratégias de busca pelo fato da temática RAS não possuir termos definidos no DECS e MeSH, sendo necessários adaptação e aproximação dos termos e palavras-chave que poderiam auxiliar a captação dos artigos. Os descritores utilizados foram “Rede de cuidados continuados de saúde”, “Serviços de Saúde” e “Sistemas de Saúde”, as palavras-chave eleitas “*HealthCare Network*” e “*Healthcare Network*”, consultadas no plural e singular e o termo MeSH que mais se aproximou a temática investigada foi “*Delivery of Health Care*” e “*Delivery of Healthcare*”, todos consultados com o emprego dos termos booleanos *OR* para distingui-los e *AND* para associá-los.

O quadro 1 aponta as bases de dados, as respectivas estratégias de busca e quantidade de artigos localizados.

Quadro 1: Bases de dados, estratégias de busca e artigos localizados em números absolutos. Florianópolis, 2015.

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS DE BUSCA	ARTIGOS ENCONTRADOS
PUBMED/Medline	("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])	553
SCOPUS	("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])	94
Web of Science	("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])	374
LILACS	(tw:("rede de cuidados continuados de saúde")) AND (tw:("serviços de saúde")) AND (tw:("sistemas de saúde"))	164

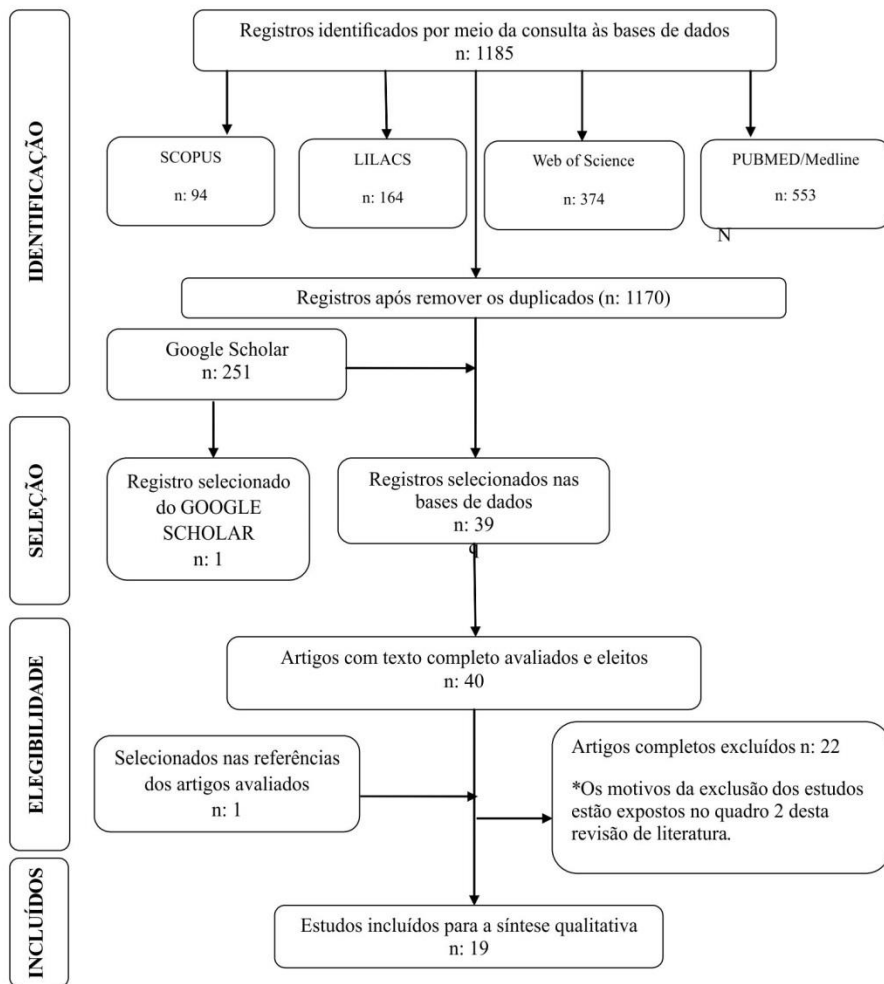
Google Scholar (<i>gray literature</i>)	"healthcare network" AND "delivery of healthcare"	251
--	--	-----

Fonte: dos autores.

Os critérios de inclusão foram artigos de periódicos indexados nas bases de dados elencadas, nos idiomas português, inglês e espanhol e que apresentassem a temática da RAS de forma geral, associada organização e integração dos serviços e sistemas de saúde estudados nas publicações. Optou-se por excluir todos os estudos compostos por: Artigos de revisão; Editoriais; Cartas; Comentários; Resumos de Anais; Ensaio; Dossiês; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência; Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Livros; Estudos que abordem a RAS de forma temática relacionada ao ciclo de vida ou condição clínica, citando, por exemplo: RAS para a Pessoa com Deficiência ou RAS para Doenças Crônicas.

Para auxiliar na leitura dos títulos, resumos e palavras-chave dos 1170 artigos encontrados nas bases de dados e na organização dos mesmos foi empregado o gestor de referências online *ENDNOTE WEB*®. Após a leitura criteriosa, obteve-se 40 estudos pré-selecionados, os quais foram analisados na íntegra por dois pareceristas (PCT e ALSFM).

Figura 1: Diagrama da literatura pesquisada e critérios de seleção.



Após a leitura crítica dos 40 artigos selecionados nas bases de dados excluiu-se 22 artigos que não se enquadravam nos critérios de inclusão, restando 18 estudos incluídos na RI. Os motivos da exclusão dos estudos encontram-se descritos no quadro 2.

Quadro 2: Artigos excluídos após leitura e motivos da exclusão. Florianópolis, 2015.

Autor	Ano	Motivo da exclusão
BARTOL, T.	2015	Editorial
RODRIGUES, L. B. B et al.	2015	Validação de instrumento
LONGPRE, C.; DUBOIS, C.	2015	RAS para condição específica
RODRIGUES, L. B. B et al.	2014	Validação de instrumento
RODRIGUES, L. B. B et al.	2014	Artigo de revisão
VARGAS, I. et al.	2014	Conferência
Sem autor definido	2014	Mesa redonda
ARTAZA-BARRIOS, O. et al.	2013	Analisa conselhos integradores da RAS
EVANS, J. M. et al.	2013	Não menciona RAS
OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al.	2013	Artigo de revisão
Sem autor definido	2012	Folder informativo
CHREIM, S.;	2012	Não menciona RAS
WILLIAMS, B. E.;		
COLLER, K. E		
ARAUJO ASSIS, M. M.;	2012	Sobre Acesso, não menciona RAS
ABREU DE JESUS, W. L.		
VEDEL, I. et al.	2011	RAS para condição específica
CHEBLI, I. C. F.;	2010	Sobre Regionalização, não menciona RAS.
PAIVA, M. G.;		
SOUZA, A. I. S		
GRIMSHAW, H.	2010	Editorial
PROVAN, K. G.;	2006	Editorial
MILWARD, H. B.		
PASCHE, D. F. et al.	2006	Sobre Descentralização, não menciona RAS
BELLANDI, D.	2000	Sessão de avaliação
DAVIDSON, S. M.	2000	Editorial
BATCHELLER, J.	1999	Editorial
BURKMAN, K.		
LIN, B. Y.; WAN, T. T.	1999	Dados duplicados, mudando apenas a revista e o ano de

Fonte: dos autores.

No decorrer da leitura detalhada dos artigos realizou-se também a leitura das referências para abarcar possíveis estudos que não tivessem sido contemplados nas buscas em bases de dados. Desta pesquisa resultou um artigo que atendia aos critérios de inclusão, sendo totalizado em 19 artigos elencados para a revisão de literatura.

De posse dos textos completos realizou-se análise dos artigos e extração dos dados relevantes por meio de um quadro contendo ano de publicação, autores, país, objetivos do estudo e método. A apresentação destes dados está descrita no quadro 3.

Quadro 3: Apresentação dos artigos selecionados por ordem mais recente de publicação. Florianópolis, 2015.

Ano	Autores	País	Tipo de publicação	Objetivos	Método
2015	ARRUDA, C. et al	Brasil	Artigo de Reflexão	Refletir sobre os princípios da RAS à luz da Complexidade de Morin.	Reflexão teórica
2015	VARGAS, I. et al	Espanha	Artigo	Analisar o uso de mecanismos de coordenação nas RAS.	Estudo de caso
2014	SOUZA, F. O. F. et al	Brasil	Artigo	Analisar o acesso na RAS do Recife, a partir do fluxograma do trajeto entre a uma USF até a assistência especializada.	Abordagem quantitativa e qualitativa com a triangulação de métodos como técnica de investigação
2014	MILWARD, H. B.	EUA	Artigo	Analisar os resultados sobre como se conduzem as “redes escuras” e os seus dilemas	Não descrito

2014	VARGAS, I. et al	Espanha	Artigo	no arranjo das RAS. Analisar o conteúdo das políticas para RAS e os fatores que influenciam sua implantação.	Pesquisa qualitativa
2013	BRETON, M. et al	Canadá	Artigo	Analisar o impacto das reformas sobre a colaboração entre a APS e as organizações e hospitais dentro e fora das fronteiras das RAS.	Pesquisa descritiva exploratória
2013	ERDMANN, A. L. et al	Brasil	Artigo	Compreender as práticas de cuidado na atenção secundária e analisar sua contribuição para melhores práticas.	Teoria Fundamentada nos Dados
2013	WILLEN, A. GEMMEL, P.	Bélgica	Artigo	Explorar o tipo e a importância da estrutura e	Estudo de casos múltiplos

2013	SANTINHA, G.	Brasil	Artigo de reflexão	mecanismos de governança para a eficácia da rede. Refletir sobre os desafios às decisões políticas para os cuidados de saúde em territórios integrados.	Reflexão teórica
2012	BRETON, M. et al	Canadá	Artigo	Avaliar se a RAS que apresenta maior integração está associada com a continuidade da gestão.	Estudo transversal
2011	SILVA, S. F.	Brasil	Artigo	Analisar os desafios no SUS para integrar os serviços e organizar redes.	Não descrito
2011	ERDMANN, A. L. et al	Brasil	Artigo	Compreender as práticas de cuidado na APS e sua contribuição para melhores práticas.	Teoria Fundamentada nos Dados

2010	KUSCHNIR, R. CHORNY, A. H.	Brasil	Artigo	Buscar referências na literatura para debater a criação de redes no SUS.	Não descrito
2010	MENDES, E. V.	Brasil	Artigo teórico	Não descrito	Não descrito
2009	VAZQUEZ, M. L. et al	Espanha	Artigo de opinião e análise	Não descrito	Não descrito
2009	GIOVANELLA L. et al	Brasil	Artigo	Analisar a implementação da ESF com foco na integração à RAS e à atuação intersetorial.	Estudo de casos múltiplos
2004	HARTZ, Z. M. A CONTANDRIOPOULOS, A. P.	Brasil	Artigo de opinião	Compartilhar lições de experiências sobre a avaliação da integração de serviços de interesse para a RAS	Não descrito
2003	SALZANO, G.; BOURRET, C.	França	Artigo	Analisar as organizações inovadoras, que	Não descrito

2001	LIN, Y. J.; WAN, T. T	Taiwan	Artigo	atendem a saúde pública nas RAS francesas. Identificar fatores organizacionais e ambientais que influenciam a continuidade dos cuidados na RAS.	Estudo transversal
------	-----------------------	--------	--------	--	--------------------

Fonte: dos autores.

Por fim, foi realizada a leitura e análise crítica dos estudos selecionados para a extração dos significados de RAS e suas repercussões para a organização dos sistemas de saúde, sendo os resultados apresentados em formato de quadro para melhor visualização e descrição dos mesmos.

RESULTADOS

Os resultados encontrados nos estudos selecionados estão dispostos e descritos no quadro 4, o qual contempla os significados de RAS encontrados nas publicações e desmembra em pequenos tópicos as repercussões da sua aplicação para a organização dos sistemas de saúde nos quais a RAS está sendo construída e desenvolvida.

Quadro 4: Apresentação dos significados de RAS e suas repercussões para a organização dos sistemas de saúde, encontrados nas publicações selecionadas. Florianópolis, 2015.

Ano	Autor	Significados	Repercussões
2015	ARRUDA, C. et al	Estratégia de reestruturação, especialmente, no que se refere à superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde, com vistas a assegurar aos usuários o conjunto de ações e serviços que necessitam, com efetividade e eficiência. As RAS são consideradas organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e in-	<ul style="list-style-type: none"> • Conexão entre os pontos com características próprias dependendo do contexto, dos envolvidos e das situações. • Articulações e conexões com outros profissionais e serviços para proporcionar a continuidade da assistência. • Importância do papel dos profissionais de saúde como parte da engrenagem que move a RAS. • Fluxo livre entre os pontos de atenção prevendo trabalho em equipe. • Os pilares das RAS são os usuários, os gestores e os profissionais da saúde, os quais são produtores e produtos da RAS. • RAS são dependentes das respostas da população que recebem os serviços de saúde e dos próprios profissionais e gestores que atuam alimentando essas ações. • RAS como fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível.

	<p>terdependente. Procuram oferecer atenção contínua e integral à população, devendo ser coordenadas pela atenção primária à saúde, com vistas à prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Podem se organizar tanto de acordo com as demandas que a população apresenta, como de acordo com o conhecimento e experiências que os profissionais e gestores.• RAS como um processo dinâmico que deve ser repensada e modificada constantemente.• Articulação entre os serviços, instauração de rotinas e ordenamento de ações.• Estruturação conforme as características regionais, culturais e sociais.• Organização em níveis crescentes de complexidade e possuir fluxos coerentes entre eles.• Gestão flexível e dinâmica.• Articulação de tecnologias e recursos para solução de problemas de saúde.• RAS necessita de coordenação e articulação entre serviços para garantir continuidade do cuidado.• RAS prevê organização do cuidado por níveis de complexidade.• A APS se consolida como porta de entrada e coordenadora do cuidado na RAS.
2015 VARGAS, I. et al	<p>RAS é definida como rede de organizações que fornecem ou contratam para fornecer uma resposta coordenada e continuada aos problemas de saúde de</p>	

uma determinada população, sendo responsável por fiscalizar clinicamente as condições de saúde da população servida. A RAS é considerada uma intervenção de nível médio, sendo de alto nível as políticas públicas de saúde e os mecanismos reguladores da coordenação do cuidado; e por fim o nível micro, representado pela introdução de um único mecanismo de coordenação ou uma combinação de mecanismos de forma mais abrangente, que sejam capazes de elevar a gestão clínica.

- O nível secundário tem papel de apoiador na RAS.
- Políticas públicas prevêm a gestão da clínica entre os níveis de atenção da RAS.
- Geração de estratégias de cuidado compartilhado na RAS (gestão de casos, programas de saúde).
- Informação se dissemina nas RAS por meio da referência e contrarreferência, por formulários levados pelos próprios pacientes.
- Prontuário eletrônico contribui com a disseminação de informações dos pacientes na RAS.
- Necessidade de prontuário eletrônico no maior número possível de pontos de atenção.
- Importância o apoio matricial para discussão e gestão de casos.
- Diretrizes clínicas se consolidam como guia para a continuidade do cuidado.
- Destaque para o SISREG como regulador do acesso em nível ambulatorial na RAS do Brasil.
- O papel dos especialistas como apoio à

2014 SOUZA, F. O. F. et al

As redes de atenção à saúde são constituídas por unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde numa dada região, o que tem se configurado como uma das estratégias mais discutidas, na

APS é fundamental para o sucesso da RAS.

- Efetiva implantação de mecanismos de coordenação com vistas a Gestão do Cuidado.
- Introdução de incentivos como melhores condições de trabalho ou formas adequadas de contratação de profissionais.
- Promoção de valores e atitudes positivas, a colaboração e as modificações substanciais na organização do sistema de saúde podem reduzir a fragmentação da RAS.
- Fluxos assistenciais construídos por meio de tecnologias como centrais de regulação informatizadas.
- Comunicação entre os profissionais pela referência e contrarreferência.
- RASs como um dos dispositivos para viabilizar o acesso da população aos serviços de saúde.
- RAS proporciona o acesso universal, equânime e integral, com base na regionalização e hierarquização dos serviços.
- O envolvimento dos trabalhadores que operam as RAS para que sejam

2014 MILWARD, H. B.

atualidade, para garantir o acesso integral, em tempo oportuno, a todos os recursos assistenciais que os usuários necessitam e, assim, lhes proporcionar o acesso a um caminho ininterrupto de assistência à sua saúde, uma linha de cuidado.

As redes são o mais alto estágio de organização para resolver problemas coletivos, para melhor atender aos cuidados de uma região. Considera-se a criação de RAS como a solução para a falta de coordenação do cuidado. Redes devem ser utilizadas para resolução de

estruturados fluxos resolutivos.

- Ênfase no trabalho em equipe, acolhimento e acesso.
- Ampliação e a qualificação da oferta de atenção especializada, principalmente dos exames complementares.
- Fortalecer a integração entre os serviços e os profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na rede saúde.
- RAS legitimadas tanto internamente pelos seus membros quanto externamente por seus fundadores, clientes e financiadores tendem a resistirem por mais tempo.
- A capacidade de resposta das RAS está diretamente ligada a sua resiliência.
- Cada aumento de pacientes ou produtos precisa-se de recursos adicionais para que ela funcione da mesma forma.
- Com o tempo, as pessoas e as organizações na RAS devem ser substituídas para a sua manutenção.
- As lideranças das RAS devem podá-las para que mantenham as organizações e os

problemas mais complexos de saúde, que demandem de mais serviços, o que aumenta o custo, sendo necessária uma coordenação efetiva para o seu sucesso.

membros confiáveis, agregando valor a RAS.

- Os líderes da rede devem equilibrar rapidamente a estrutura desenvolvendo habilidades para permitir que rede se adapte à mudança da natureza do ambiente político e econômico.
- Pode fazer sentido para uma rede centralizar ações e serviços para ganhar maior eficiência.
- Conforme as mudanças no ambiente, pode se descentralizar para adaptar-se às crises econômicas ou políticas, mesmo à custa de alguma eficiência.
- Como as redes são uma forma mais fraca e mais lenta, os líderes devem usar uma organização se possível e a rede só quando for necessário.
- Pensar em formas mais suaves de organização onde as regras e objetivos consensuais emergem das necessidades dos membros.
- Propor RAS como alternativa para a tarefa que se apresenta e não apenas como uma preferência normativa.
- Organizar RAS envolve um processo

2014 VARGAS, I. et al

RAS é uma rede de organizações que fornece (ou faz arranjos para fornecer) cuidado equitativo, abrangente, integrado e contínuo por meio dos serviços de saúde para uma população definida, e está disposto a ser responsabilizado pelos resultados clínicos e econômicos e o estado de saúde da população atendida. O tipo RAS de base regional é geralmente ligado à descentralização de gestão de saúde a uma instancia inferior de governo. Seu objetivo é superar a

contínuo de equilibrar os benefícios da centralização com seus custos versus os custos e benefícios da descentralização.

- Exigência que a RAS compreenda pelo menos cuidados primários, cuidados de emergência, atendimento especializado e psicossocial e vigilância da saúde.
- Garantia de compromisso formalizado por acordos intergovernamentais para criação e manutenção da RAS.
- Os recursos financeiros para a criação de RAS são incluídos nos fundos federais transferidos para estados e municípios, sem especificar os critérios de alocação.
- Mecanismo de captação de recursos para municípios, que se baseia também na produção de serviços.
- Municípios assumindo as responsabilidades “amplas e complexas” atribuídas pela política da RAS.
- Criação de rede depende de negociação e vontade política.
- Fortalecimento do planejamento da RAS por meio da centralização de ações e serviços nos estados.

fragmentação dos cuidados causada por uma descentralização para pequenas unidades de governo através de uma melhor coordenação entre os níveis de cuidados e economias de escala, aumentando o tamanho da população de referência. No Brasil, o SUS promove este tipo de RAS.

2013 BRETON, M. et al.

RAS representam uma reformulação em grande escala da estrutura do sistema de saúde com o objetivo de melhorar a acessibilidade, continuidade, integração e qualidade de serviços para a população de uma determinada área. As

- Melhorar a colaboração inter-organizacional continua a ser vital para não sobrecarregar uma única organização com a magnitude dos problemas de saúde.
- A necessidade de serviços normalmente cruza as fronteiras organizacionais, porém os recursos são limitados.
- A filosofia da RAS transformou a perspectiva organizacional territorial e com população adscrita.
- Necessidade de reforçar os elos entre as organizações no âmbito local e nas

RAS foram, em grande parte, criadas por meio de integração virtual sob a forma de alianças e parcerias entre organizações autônomas diferentes níveis de atenção.

fronteiras das RAS.

- A organização em RAS tem exercido efeito sobre a colaboração entre organizações no mesmo território.
- Fortalecimento do desenvolvimento de colaborações entre organizações de saúde dentro de sua RAS.
- O surgimento de novos tipos de cuidados primários em saúde ocorreu de forma voluntária com a formação das RAS.
- O desenvolvimento da colaboração foi facilitado pela implementação na APS da medicina de família e comunidade.
- APS na RAS considerada como forma de melhorar a prestação e integração dos serviços oferecidos à população de seu território.
- A introdução de enfermeiros produziu mudanças reais na prática médica fomentando uma colaboração mais estreita entre médicos e enfermeiros.
- A manutenção de vínculos institucionais dos enfermeiros cria mais alianças formais e incentiva colaboração entre grupos.
- Implementar tecnologia eletrônica é fundamental para a melhora nas práticas

2013 ERDMANN, A. L. et al

RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. A operacionalização da RAS se dá pela interação de três principais elementos: população e região de saúde definidas, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento, determinado pelo

clínicas e na comunicação com os parceiros.

- Para a RAS, a utilização dos sistemas de informação (prontuário eletrônico e SISREG) possibilita o registro de procedimentos e informações eletronicamente e produz a continuidade do cuidado.
- O transporte de pacientes em situação de risco pelo SAMU pela RAS se constitui como uma boa prática.
- A APS resolutiva traz conseqüências positivas para toda a RAS, já que diminui a demanda nos demais níveis de atenção.
- Sistemas de referência e contrarreferência organizados e a definição de pontos de contato entre a atenção primária e secundária favorecem a integração e a troca de experiência entre profissionais.
- A interação entre serviços facilita o planejamento do acesso e os fluxos de atendimento aos usuários.
- UPAs bem estruturadas diminuem a demanda na emergência hospitalar e facilitam o encaminhamento para a atenção terciária.

modelo de atenção. A reestruturação do SUS em formato de RAS é uma estratégia de superação do modo fragmentado de operar a assistência e a gestão em saúde.

- Esclarecer a população quanto ao funcionamento da RAS pode contribuir para a implementação da RAS.
- A oferta suficiente e de qualidade dos serviços em nível secundário contribui para a integralidade na RAS.
- RAS deve proporcionar a ampliação e racionalização do acesso a consultas e procedimentos especializados.
- Valorização do processo de planejamento e de avaliação contínua, com a definição de objetivos e metas e o estabelecimento de protocolos.
- Importância da educação permanente e do debate sobre o papel da atenção secundária na RAS.
- Criação de serviços com base regionalizada amplia o acesso à atenção especializada e integração da RAS.
- Investimentos em atenção secundária potencializam a resolubilidade da atenção primária.
- A oferta de consultas com horário agendado e em maior nível de densidade tecnológica constitui boa prática no âmbito das atividades assistenciais.

2013 WILLEN, A.GEMMEL,
P.

Redes de cuidados de saúde são colaborações entre organizações independentes de cuidado ou entre profissionais de saúde individuais. Essas redes são amplamente aceitas e utilizadas para prestar cuidados integrados de saúde para uma população. Necessidade de estudar as redes na sua totalidade, como uma entidade, e não como um somatório da colaboração entre duas organizações.

- O estabelecimento de fluxos e contrafluxos organiza o caminhar do usuário pela rede.
- Os sistemas de informação permitem melhor integração dos serviços.
- RAS parecem lidar com a complexidade de cuidados através da combinação de mecanismos de governança hierárquica, contratual e relacional.
- As RAS diferem consideravelmente nos serviços de saúde e seus mecanismos e estruturas de governança, nível de legitimidade, a confiança, os objetivos, o envolvimento do governo, idade e tamanho.
- As RAS muito diferentes em termos das características podem ser igualmente eficazes.
- As novas RAS precisam de tempo para estabelecer confiança, legitimidade, mecanismos de governança e são, portanto, menos eficazes na primeira fase do seu ciclo de vida.
- Não só não existe nenhum tipo dominante de rede ideal, como também não há um ou mais conjuntos de configurações

2013 SANTINHA, G.

Ao binômio dispersão/concentração do ponto de vista da localização e prestação de serviços de saúde importa acrescentar a noção de RAS, seja por intermédio do desenvolvimento de sinergias (cooperação entre serviços de saúde com perfis funcionais idênticos para obtenção de economias de escala e troca de experiências numa ótica de qualificação e aprofundamento de

dominantes.

- Governança hierárquica, em particular pode, de forma inesperada, ser importante para o sucesso das RAS se combinada com a governança relacional e contratual.
- As redes podem ser percebidas como eficazes apesar da falta de confiança, ou inflexibilidade.
- A estruturação dos cuidados em RAS fomenta a “desconcentração” dos serviços pelo território.
- RAS podem prever um sistema hierárquico de oferta de serviços, com determinados nós a prestarem cuidados de saúde mais especializados (e, por isso, com maior área de influência) e outros mais generalistas e de menor dimensão mais distribuídos pelo território.
- A adoção de uma abordagem integrada implica, desde logo, uma consciência política e um forte apoio no estabelecimento de um contexto favorável aos diversos tipos de integração (setorial, organizacional e territorial).
- Para que os diversos atores dialoguem entre si e as políticas se articulem, ou seja,

especializações), seja através do estabelecimento de complementaridades (cooperação entre serviços de saúde com perfis complementares de especialização funcional para obtenção de economias de escala e de gama numa ótica de diversificação de especializações).

2012 BRETON, M. et al.

Redes integradas de saúde trabalham para prover cuidados continuados e coordenados de saúde, assegurando ligações fáceis e transições suaves para os pacientes nos seus

para que haja uma visão conjunta e partilhada, os próprios profissionais também têm de estar sensibilizados para pensar e atuar de forma multidisciplinar.

- A presença de meios favoráveis à troca de informação e de experiências é crucial para mostrar as vantagens decorrentes de uma forte interligação das áreas de atuação.
- As políticas de saúde devem contribuir afirmativamente para o desenvolvimento de modelos mais equilibrados de organização do território.
- As políticas de base territorial devem maximizar os efeitos positivos que possam gerar sobre os níveis de saúde e a qualidade de vida das populações.
- RAS altamente integradas tem o papel do gestor como significativo e considerado facilitador para a navegação entre os prestadores de cuidado continuado.
- RAS desenvolvem forte desempenho financeiro, maior eficiência, melhoria da qualidade do cuidado, prestação de contas, melhoria na adaptação as condições de mudança nos ambientes, melhor gestão das

vários pontos ao longo do cuidado contínuo. O termo rede integrada de saúde refere-se à integração do sistema, definido pela medida em que as organizações de saúde têm ligações com outras peças do sistema e serviços sociais para facilitar a transferência do cuidado e coordená-lo entre as organizações.

2011 SILVA, S. F.

RAS como alternativa para o planejamento de políticas tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou

informações e melhores padrões clínicos.

- Facilidades dos gerentes em articular a prestação de serviços com outras organizações, melhorando a gestão da continuidade do cuidado.
- RAS altamente integradas tem poucos problemas com a gestão da informação entre as organizações.
- RAS prevêm mecanismos formais de encaminhamentos entre as especialidades.
- RAS com arranjos formais entre os membros acarretam em diminuição dos problemas de saúde dos pacientes.
- Pacientes parecem sentir-se menos abandonados pelo sistema de saúde articulado em RAS.
- Clareza sobre os papéis desempenhados pelos serviços para saber a dimensão da coordenação entre os prestadores.
- RAS como um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível.
- Na RAS, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de

os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e também que as transformações recentes do Estado impõem modelos de gestão que implicam parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais. Sendo assim, RAS são consideradas estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente

incorporação tecnológica.

- RAS prevê acesso dos usuários aos diferentes serviços, obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização dos serviços.
- Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência.
- Os clássicos instrumentos de referência e contrarreferência entre níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados em RAS horizontalizadas.
- RAS devem adotar o princípio do sistema em redes centradas no usuário.
- Na RAS devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de demandas e necessidades de saúde.

2011 ERDMANN, A. L. et al

planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

Como integrantes de um sistema, as organizações de cuidado à saúde formam uma complexa rede, na qual está presente um diversificado grupo de interesses. A construção de rede de atenção à saúde, norteadas pelo princípio da integralidade, tem como desafio desenvolver a horizontalidade nas relações entre os pontos de atenção que se encontram articulados.

- RAS implica prover a gestão em saúde com elementos organizativos que permitam realizar o diagnóstico situacional inerente ao território/região.
- RAS prevê organização de sistema de regulação e desenvolvimento de uma logística que contribua para identificar e orientar os usuários.
- RAS se situa numa arena em que conflitos e pressões de diferentes grupos de interesse estão presentes, mas nem sempre explícitos ou debatidos.
- RAS possibilita a reorganização inteligente das ações e serviços, a partir do uso de parâmetros e objetivos para definição funções dos pontos de atenção.
- A concentração de alguns serviços e desconcentração de outros, em pontos da rede, se constituem como uma boa prática.
- O compartilhamento de objetivos comuns aos elementos da RAS como uma boa

2010 KUSCHNIR, R.
& CHORNY, A. H.

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a

prática.

- Organização em RAS deve promover a responsabilização coletiva com o usuário do sistema.
- Espaços de discussão e de capacitação dos profissionais da saúde, que operam as organizações estruturadas em rede, tornam mais horizontais as informações e fortalecem processos de tomada de decisão.
- Compreender o contexto institucional é essencial para a identificação dos facilitadores e das barreiras à integração.
- RAS deve se organizar com população e território definidos.
- APS como primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e sistema de governança único para toda a rede.
- RAS devem utilizar mecanismos de coordenação ao longo de todo o *continuum* dos serviços.
- Para RAS, não há modelo organizacional único, vários esquemas seriam possíveis, de acordo com o contexto.

regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes.

- A política pública para a RAS deve propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais específicas de cada sistema.
- Política de Estado que impulse a RAS como estratégia fundamental para o alcance de serviços de saúde mais acessíveis e integrais, apoiada em um referencial jurídico coerente.
- As redes são instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.
- A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política.
- Envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses.
- A região é institucionalizada e tem comando único por que, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária
- A RAS pode utilizar a estratégia de contratualização para a garantia da

2010 MENDES, E. V.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma

provisão, inclusive através de provedores privados

- RAS podem empregar mecanismos de pagamento que incentivem a integração vertical e a emergência de sistemas integrados.
- RAS podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.
- RAS apresenta resultados positivos para condições agudas e crônicas e na redução da utilização de serviços especializados.
- RAS proporciona aumento da satisfação dos usuários.
- RAS melhoraram o uso dos recursos e alguns resultados clínicos selecionados e reduziram os custos da atenção.
- A integração de gestores e prestadores de serviços melhora a cooperação entre eles.
- Ainda, o modelo de RAS da maior atenção à gestão de caso e incentivou a utilização de tecnologia de informação.
- RAS pode proporcionar impacto positivo sobre os custos da atenção à saúde.

2009 VAZQUEZ, M. L. et al.

humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

RAS, também chamada de sistemas integrados de prestação de cuidados de saúde, são componentes chaves das reformas nos sistemas de saúde. Tais organizações de saúde foram definidas como redes de fornecimento de cuidados coordenados e continuados em saúde, para uma população definida e disposto a ser realizada com responsabilidade clínica e fiscal pelos resultados de saúde da população servida.

- RAS podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS.
- A integração da prestação de cuidados de saúde otimiza a utilização dos recursos escassos.
- A integração em RAS pode responder de forma mais eficaz às necessidades das pessoas.
- Os serviços de saúde têm de ser ajustados para atender à demanda local.
- Os serviços e ações na RAS estão organizados para assegurar as ligações entre os diferentes níveis de cuidados de saúde.
- A integração da prestação de cuidados de saúde é um meio para melhorar a eficiência e o acesso.
- A coordenação entre os níveis de cuidados pode evitar a duplicação de atividades e permitir economias de escala, melhorar a continuidade dos cuidados, eficiência, eficácia e acesso.
- As práticas de saúde na RAS podem

Vários países da América Latina têm promovido as RAS como um meio para reformar a organização de serviços de cuidados de saúde.

melhorar a satisfação do paciente e potencialmente também os resultados de saúde.

- RAS proporciona igualdade de acesso e eficiência no contexto das reformas de saúde.
- RAS prevê visão compartilhada dos objetivos do sistema e estratégias.
- Organizações com mecanismos que permitem a comunicação eficiente entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidar.
- Criação de uma cultura comum e liderança com valores orientados para o trabalho em equipe, colaboração e performance.
- RAS com um sistema de alocação de recursos interno, alinha os incentivos de serviços de saúde para os objetivos globais da rede.
- Definição da função atribuída a cada nível de cuidados e como efetivamente eles vão colaborar juntamente com os mecanismos de coordenação e estratégia da rede.
- A continuidade de cuidados e o acesso estão intimamente entrelaçados.
- RAS prevê investimentos em tecnologias

pressupõe uma porta de entrada preferencial que organize o acesso. O reconhecimento de que nenhuma instância isolada dos sistemas de saúde possui a totalidade dos recursos, e competências necessárias para resolver as necessidades de saúde de uma população, implica a constituição de redes integradas, que reconhecem a interdependência e, muitas vezes, os conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado.

2004 HARTZ, Z. M. A.
CONTANDRIOPOULOS,

O conceito de integralidade remete,

de informação e comunicação.

- Importância da implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos.
- A criação de serviços especializados próprios municipais representa esforço empreendido pelos gestores locais para garantia de atenção secundária.
- A constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção básica e especializada.
- Implantação da telemedicina e o apoio matricial para ampliar acesso e resolutividade.
- Elaboração de estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede.
- Desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão

A. P.

portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar

eficiente e responsável dos recursos coletivos.

- RAS deve responder às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional.
- O projeto clínico da RAS deve responder à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde.
- As relações locais podem repercutir nos demais níveis e instâncias políticas/decisórias.
- A integração das equipes clínicas tem como principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural na RAS.
- A RAS se apóia em estratégias de gestão, de financiamento e de informação.
- A RAS prevê uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível.
- A coordenação da RAS deve ser capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.
- As estratégias de cooperação prevêem novos formatos de negociação e de

sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico) coletivo. Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos.

2003 SALZANO, G.;
BOURRET, C.

Para melhorar os serviços de saúde na área geográfica específica, as RAS foram reconhecidas como um meio privilegiado para agrupar e coordenar

acordos entre atores e organizações.

- A integração estrutural prevê modificação das fronteiras das organizações e integração clínica modifica as práticas profissionais em saúde.
- A divulgação de novas informações e tecnologias de comunicação pode tornar possíveis cenários antes considerados como futuristas.
- A RAS deve concentrar seus esforços nos serviços de prestação de cuidados de saúde.
- A RAS deve apoiar mudanças e criar

atores profissionais que pertencem a diferentes estruturas de saúde (como as práticas médicas ou sociais, centros especializados, hospitais e clínicas periféricas), transversal e pluridisciplinar, que pretendem alcançar os objetivos de agregação de valor no que diz respeito a um conjunto de instituições fragmentadas. RAS são específicas, porque querem colocar os pacientes, e não as instituições ou patologias, no centro da organização, e que evoluem no que diz respeito à sua dimensão e objetivos.

modelos e infraestruturas para a cooperação entre os profissionais.

- Serviços de prestação de cuidados de saúde em rede tendem melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados em equipe.
- Na RAS há inclusão da coordenação dos profissionais com base em protocolos e compartilhamento de informação.
- A RAS prevê discussão em grupo, educação em saúde para profissionais e pacientes.
- RAS deve propor ações que contribuam para reduzir erros em procedimentos de alto risco, atrasos, duplicação ou atos desnecessários.
- RAS tendem a diminuir os custos relacionados com a prestação de cuidados de saúde.
- Os sistemas de informação farão o papel de suporte para a RAS.
- O ideal seria poder aumentar os níveis de comunicação coletiva e coordenada na RAS.
- As portas de entrada devem constituir uma questão importante para uma RAS.

Além disso, seu ciclo de vida integra um processo de avaliação contínua, as principais fontes das quais são pesquisas de satisfação e sistema de informação.

- A RAS deve comunicar e difundir um conjunto global de valores compartilhados em um ambiente.
- Dentre as funções das portas de entrada da RAS constam identificar, validar, filtrar, organizar e difundir informações e serviços.
- As RAS devem personalizar informações gerais para públicos específicos, e permitir e validar trocas de experiências entre pacientes e profissionais.
- RAS devem assegurar o controle estratégico de suas portas, realizando as três tarefas mais críticas, que seriam a definição da sua população, criação de conteúdo e distribuição de conteúdo.
- A RAS deve trabalhar com várias abordagens como medicina clínica e gestão da saúde, sociologia e qualidade da gestão dos serviços das organizações.
- RAS proporciona uma assistência em saúde para uma população definida, com maior economia nos gastos.
- Características da RAS como situação fiscal, tempo de existência e concorrência de mercado influenciam no

2001 LIN, Y. J.; WAN, T. T

As RAS diferenciadas caracterizam-se como a integração de várias parcerias,

incluindo a contratação de prestadores terceirizados e filiação de organizações médicas e não médicas no manejo do cuidado, de modo a desenvolver vários serviços de atendimento não hospitalar e, portanto, fornecer uma plena continuidade dos cuidados em saúde. A RAS é um fenômeno recente que apresenta várias formas de propriedades e de alianças estratégicas entre

desenvolvimento da estratégia de diferenciação dos serviços.

- RAS sem fins lucrativos tendem a apresentar maior diferenciação de serviços para fornecer plenos cuidados continuados.
 - Fornecer plenos cuidados continuados em saúde exige tempo, aprendizado, portanto as RAS mais antigas podem apresentar-se com maior diferenciação de serviços, controle de mercado e organizações mais integradas.
 - Para a RAS, quanto mais competitivo o ambiente, menor é a diferenciação de serviços.
 - A melhoria contínua deve ser vista como filosofia de gestão para efetivamente orientar mudanças dentro das RAS.
 - RAS adquire conhecimento sobre como a ação e os resultados dos relacionamentos desenvolvidos que impactam sobre a sua organização.
 - Na RAS, os gestores devem avaliar, simultaneamente, os resultados sob diferentes perspectivas, incluindo pacientes, empregadores, órgãos públicos,
-

os vários prestadores de serviços de saúde.

organizações e profissionais da área médica.

- Os gestores da RAS devem ter uma visão clara de como servir bem as pessoas podendo maximizar a eficácia organizacional na melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de saúde.

Fonte: dos autores.

DISCUSSÃO

Os significados de RAS encontrados na literatura a identificam como uma estratégia de reestruturação dos sistemas de saúde, no intuito de superar o modo fragmentado de atenção com vistas a integrar as ações e serviços oferecidos, no sentido de proporcionar a integralidade do cuidado à população por ela atendida. Para tanto, faz necessário a disposição de uma gama de organizações voltadas para o cuidado em saúde, sendo seu conjunto considerado como uma poliarquia (ARRUDA et al, 2015; ERDMANN et al, 2013; ERDMANN et al, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014; VASQUEZ et al, 2009).

Os estudos apresentam nos seus referenciais conceituais a RAS com base regionalizada, ou seja, com características voltadas ao atendimento em saúde de populações específicas em determinado território. O fortalecimento da RAS pode gerar não somente respostas aos problemas de saúde, mas trabalhar coordenadamente com promoção em saúde e prevenção de agravos, buscando uma abordagem mais ampla e significativa para o alcance da saúde das pessoas por ela atendidas. Esses territórios, ao serem definidos e adscritos, devem levar em consideração as características sociais, demográficas, econômicas e culturais da população que o abrange, para que a RAS seja melhor planejada em termos de ações e serviços adequados às situações que se apresentam ou que irão incidir (BRENTON et al, 2013; ERDMANN et al, 2013; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; MILWARD, 2014; SALZANO; BOURRET, 2003; SANTINHA, 2013; SILVA,

2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VASQUEZ et al, 2009; WILLEN; GEMMEL, 2013).

A RAS deve proporcionar ligações fáceis e transições suaves para os pacientes entre seus vários serviços ao longo do cuidado contínuo, disponibilizando o acesso qualificado entre os vários pontos de atenção. Mesmo que a RAS não possua a totalidade dos serviços necessários para tanto, o arranjo e a contratualização com serviços de natureza não pública está prevista nas suas responsabilidades. Isso implica em pensar nas RAS orientadas não para as organizações ou para o cuidado a patologias, mas sim, que as mesmas funcionem centralizando a atenção na pessoa que dela depende para o cuidado em saúde (BRENTON et al, 2012; GIOVANELLA et al, 2009; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; LIN; WAN, 2001; SALZANO; BOURRET, 2003; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014).

Melhorar a acessibilidade, a continuidade, a integração e a qualidade dos serviços para a população foi citado nos estudos incluídos como sendo de responsabilidade da RAS, por meio da cooperação entre serviços, bem como entre os profissionais de saúde que compartilham os cuidados. O estabelecimento de uma missão única, com objetivos comuns elaborados pelos profissionais, gestores e população atendida, com ação cooperativa e interdependente, foi considerado essencial para que a RAS seja implementada na sua totalidade, atendendo aos interesses de todos que estão envolvidos e garantindo um cuidado mais efetivo e humanizado (ARRUDA et al, 2015; GIOVANELLA et al, 2009; MENDES, 2010; MILWARD, 2014; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014).

Outro destaque levantado por muitos autores é a coordenação do cuidado na RAS. A maioria deles nos apresenta a APS como a porta de entrada principal para o sistema de saúde, sendo ela a responsável por proporcionar a coordenação do cuidado, por se configurar como um foro privilegiado para o vínculo e a manutenção da saúde de sua população adscrita. Outros autores citam apenas que os cuidados devem ser coordenados na RAS, porém não esboçam de que forma ou em qual nível de atenção deve ser executado (ARRUDA et al, 2015; BRENTON et al 2012; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; VARGAS et al, 2014; VARGAS et al, 2015).

De forma geral, todos os autores consideram que a RAS deve possuir suas raízes embasadas em colaboração, integração, compartilhamento, interdependência, cooperação, complementaridade, flexibilidade, parcerias e articulação, sendo estas não somente presentes entre as organizações que compõem a RAS, mas também entre os formuladores de políticas públicas de saúde, gestores, profissionais e população, assegurando que os propósitos da RAS sejam alcançados e resultem em integralidade e melhores práticas de cuidado (ARRUDA et al, 2015; BRENTON et al, 2013; BRENTON et al 2012; ERDMANN et al, 2013; ERDMANN et al, 2011; GIOVANELLA et al, 2009; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIN; WAN, 2001; MENDES, 2010; MILWARD, 2014; SALZANO; BOURRET, 2003; SANTINHA, 2013; SILVA, 2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VASQUEZ et al, 2009; WILLEN; GEMMEL, 2013).

Quanto às repercussões da RAS para a organização dos sistemas de saúde, destaca-se que, para o adequado funcionamento da

RAS, devem-se considerar seus pilares os gestores, os profissionais de saúde e a população, os quais produzem e são produzidos pela RAS, no sentido de produzirem a saúde da qual irão usufruir conjuntamente. Esses pilares se caracterizam como o sustentáculo sob o qual a RAS está edificada, sendo suas ações interdependentes. Cada pilar possui suas funções dentro do sistema de saúde, porém pode-se caracterizar a RAS como uma organização centrada no usuário (ARRUDA et al, 2015; SILVA, 2011; SOUZA et al 2014).

A organização dos serviços em formato de RAS prevê a inovação em termos de sistemas de informação que realmente integrem as ações e os profissionais que às executam. São apresentados como possibilidades para a integração entre os serviços os sistemas de regulação, os prontuários eletrônicos, bem como os sistemas de referência e contrarreferência, mesmo que não informatizados. Os autores citam que uma organização em RAS não se consolida apenas pela sua diversidade tecnológica ou pelo seu nível de incorporação tecnológica, mas sim pelo grau de integração e cooperação existente entre seus pontos de atenção e entre as equipes multiprofissionais. O compartilhamento das informações em saúde na RAS aprimora os fluxos de atendimento e torna o caminho percorrido pelos usuários mais direcionado e adequado, evitando duplicidades de atendimento e encaminhamentos desnecessários, reverberando por todo o sistema (ARRUDA et al, 2015; BRENTON et al, 2013; BRENTON et al 2012; ERDMANN et al, 2013; ERDMANN et al, 2011; GIOVANELLA et al, 2009; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; SILVA, 2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VASQUEZ et al, 2009).

Os sistemas de saúde com sua organização em RAS alcançam melhores resultados relacionados à qualidade no atendimento em saúde da população atendida, com menor duplicidade de serviços, com conseqüente diminuição dos custos e dos gastos em saúde. Quando atrelados à integração e ao uso adequado dos fluxos de encaminhamento, pode-se conseguir economia de escala e escopo, atingindo a racionalização de gastos a qual é considerada nos estudos como de suma importância para a sobrevivência dos sistemas de saúde universais. No entanto, para construir uma RAS necessita-se tempo e de grandes investimentos de ordem financeira, o que pode inicialmente caracterizar a RAS como uma estratégia cara e pouco resolutive, fazendo com que os gestores optem pela fragmentação do provimento de serviços (ARRUDA et al, 2015; ERDMANN et al, 2013; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; LIN; WAN, 2001; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; SILVA, 2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2014; VASQUEZ et al, 2009).

Destaca-se que a RAS proporciona aos seus usuários o acesso universal, equânime e integral, com base na regionalização e hierarquização dos serviços. Além disso, prevê que as relações e interações dos serviços entre si e destes com as equipes multiprofissionais aconteçam de forma horizontalizada, permitindo que todos coexistam com o mesmo grau de importância para a RAS. Isso possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação entre trabalhadores, serviços e comunidade. No entanto, para que os diversos atores dialoguem entre si e as políticas se articulem, formando uma visão conjunta e partilhada, os profissionais têm de estar sensibilizados

para pensar e atuar de forma multidisciplinar (ARRUDA et al, 2015; BRENTON et al, 2013; ERDMANN et al, 2013; ERDMANN et al, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; SANTINHA, 2013; SILVA, 2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VASQUEZ et al, 2009; WILLEN; GEMMEL, 2013).

Quanto mais integradas e diferenciadas em termos de ações e serviços for a RAS, mais impactos positivos proporcionarão à saúde da população de sua abrangência, com boa racionalidade no setor financeiro, maior eficiência, melhoria da qualidade do cuidado, prestação de contas, melhoria na adaptação as condições de mudança nos ambientes, melhor gestão das informações e melhores padrões clínicos. Isso se dá pela criação de co-responsabilidade entre os serviços, gestores e profissionais acerca da atenção à saúde que deve ser proporcionada, estimulando a integração, cooperação e vínculo entre os pilares da RAS (ARRUDA et al, 2015; BRENTON et al, 2013; BRENTON et al 2012; ERDMANN et al, 2013; ERDMANN et al, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; LIN; WAN, 2001; MENDES, 2010; SALZANO; BOURRET, 2003; SILVA, 2011; SOUZA et al, 2014; VARGAS et al, 2015; VASQUEZ et al, 2009; WILLEN; GEMMEL, 2013).

Cabe ressaltar que este estudo apresentou algumas limitações, destacando-se a diferença entre as composições das RAS de acordo com os sistemas de saúde pesquisados, sendo algumas compostas somente com serviços de ordem pública, outras com serviços mistos e alguns apenas de serviços não públicos de saúde, dificultando a avaliação da implantação e integração das ações e serviços de saúde. Outra limitação

foi incluir apenas estudos que tratassem de RAS de forma geral e não aquelas orientadas às condições de saúde ou ciclo de vida, bem como diferenciar a RAS de outros sistemas integrados de saúde que não se definem como tal. Ainda, alguns estudos não apresentavam de forma clara e objetiva os significados de RAS e as repercussões para os sistemas de saúde, o que dificultou a avaliação mais aprofundada dos mesmos.

Sugere-se a realização de novos estudos relativos à temática da RAS, bem como dos modelos de sistemas integrados de saúde no âmbito nacional e internacional, possibilitando um maior conhecimento e compreensão de sua implementação e de suas repercussões para a saúde da população por eles atendida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os significados encontrados nos estudos selecionados identificam a RAS como uma organização poliárquica, embasada em relações horizontais entre os serviços de saúde e os profissionais que a compõem, capaz de produzir melhores resultados em saúde para sua população adscrita com racionalidade de gastos, integração e cooperação nos diversos níveis de complexidade, visando a integralidade do cuidado em saúde.

Quanto às repercussões da RAS para a organização dos sistemas de saúde, pode-se destacar o desenvolvimento de novas tecnologias de informação para integrar serviços e profissionais que compartilham o cuidado em saúde; a racionalidade de gastos com

conseqüente diminuição dos custos em saúde; o acesso universal, equitativo e integral a todos os serviços disponíveis nos diversos níveis de complexidade do sistema; o atendimento centrado no usuário do sistema de saúde, com base regionalizada e coordenada pela APS; entre outras repercussões que, quando somadas proporcionam um salto de qualidade no cuidado em saúde para a população usuária.

Ao realizar essa revisão integrativa, foi possível perceber que os sistemas de saúde que optam pela sua organização em formato de rede tendem a ser mais eficientes e eficazes, conseguindo alcançar melhores resultados em saúde para sua população. Quando há diversidade de ações e serviços, estabelecimento de fluxos de atendimento entre os níveis de complexidades e um sistema de informação operante, a RAS pode potencializar a produção de boas práticas em saúde.

Pode-se afirmar que não existem modelos prontos ou ideais para a organização das RAS, mas iniciativas embasadas nas características das regiões de saúde, centradas nos usuários e com profissionais e gestores comprometidos e engajados na sua construção, as quais, conseqüentemente, resultam em melhoria na qualidade da saúde oferecida à população. Espera-se que as iniciativas de implementação das RAS sejam fortalecidas e consideradas um sucesso pelos seus pilares, fomentando novas políticas públicas e estimulando mecanismos mais dialógicos de gestão.

Cabe ressaltar a importância de se formar profissionais e gestores de saúde que acreditem e reforcem a RAS enquanto estratégia de reformulação do modelo assistencial, bem como fortalecer a participação ativa da população usuária no intuito de disseminar os

fundamentos de se construir, se manter e se usufruir de um sistema de saúde organizado em RAS.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *GestaoSoc, Belo Horizonte*, v. 5, n. 11, p. 121-36, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Casa Civil, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRETON, M. et al. Management continuity in local health networks. **Int. J. Integr. Care**, v. 12, p. 1-9, apr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429137/pdf/ijic2012-201214.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? **Bmc Health Services Research**, v. 13, p. 1-12, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-262.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. J. nur.**, Niterói, v. 10, n.1, abr. 2011. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1/html>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan./feb. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to healthcare in Brazil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, may./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_14.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2015.

GONZALEZ, Rodrigo Valio Dominguez; MARTINS, Manoel Fernando; TOLEDO, José Carlos de. Gestão do conhecimento em uma estrutura organizacional em rede. **Ci. Inf.**, Brasília , v. 38, n. 1, p. 57-73, Apr. 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Nov. 2015.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S331-6, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

LIN, Y. J.; WAN, T. T. Effect of organizational and environmental factors on service differentiation strategy of integrated health care networks. **Health ServManageRes**, v. 14, n. 1, p. 18-26, feb. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246781>>. Acesso: 31 mar. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011. 549p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciê. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 17, n.4, p.758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MILWARD, H. B. What health care leaders can learn from research on dark networks. **HealthcManageForum**, v. 27, n. 3, p. 136-138, october. 2014. Disponível em: <<http://hmf.sagepub.com/content/27/3/136.abstract>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia em las redes integradas de servicios de salud healths ervices serviços de saúde. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 114-129, ene./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111p.

RODRIGUES, L. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúdecoletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-52, feb. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SALZANO, G.; BOURRET, C. Healthcare networks services for patients and large public: methodological and engineer ingissues. **Stud Health TechnolInform**,v. 95, p. 492-7, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14664035>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SANTINHA, G.. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 815-829, sept. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/15.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil).**Ciênc. saúde coletiva**,Rio de Janeiro,v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf> >. Acesso em: 31 mar. 2015.

SOARES, C. B. et al . Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**,v. 19, n. 4, p. 1283-93, apr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Serv Res**, v. 15, p. 1-14, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12913-015-0882-4.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health PolicyPlan**. London, v. 30, n. 6, p. 705-17, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

VAZQUEZ, M. L. et al. Integrated healthcare networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Rev PanamSaludPublica**, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-7, oct. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

WILLEM, A.; GEMMEL, P. Do governance choices matter in healthcare networks?:na exploratory configuration study of healthcare networks. **BMC Health Serv Res**, v. 13, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-229.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado à pessoa com estomia possui particularidades e deve ser estimulado e desenvolvido em todos os níveis de atenção da RAS, cada qual com sua densidade tecnológica e suas funções definidas, no intuito de potencializar a autonomia, o autocuidado e a reinserção social desta pessoa, minimizando o impacto que a estomia provoca em termos negativos e privativos. Conhecer e incentivar a realização do cuidado à pessoa com estomia pelos profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, é essencial para o fortalecimento deste em todos os pontos de atenção da RAS.

A compreensão da GC à pessoa com estomia, sob a perspectiva da RAS e centrada na atuação do profissional enfermeiro, se apresentou nesta pesquisa como uma potencial estratégia para a qualificação do cuidado a este público alvo, integrando as equipes de saúde nos diversos níveis de complexidade.

O modelo teórico proposto considera que uma RAS fortalecida em termos de diversidade de ações e serviços proporcionará uma melhor GC à pessoa com estomia. Esta GC deve ser realizada por equipes de SF com capacitação para o cuidado que lhe compete, bem como pelas equipes especializadas na atenção secundária municipal e estadual para atuar como apoiadoras e resolutivas nos casos de maior complexidade. Entende-se que não se faz necessária a criação de uma RAS específica para a pessoa com estomia, mas sim ter a disposição uma gama de serviços, tanto gerais quanto específicos à pessoa com estomia, na RAS como um todo, fortalecendo a mesma enquanto reformulação do sistema de saúde e integração dos serviços.

A equipe especializada do CCR se consolida na RAS como apoiador e complementar, sendo que o cuidado se torna realmente efetivo com a participação desta equipe nos casos que dela demandam. Quando se pensa em organização em RAS, ações isoladas perdem o sentido e a integração da equipe do CCR no cuidado à pessoa com estomia influencia positivamente na resolutividade e na integralidade.

Quanto ao estudo desenvolvido em forma de revisão integrativa da literatura, para compreender os significados da RAS, bem como as repercussões da mesma para a organização dos sistemas de saúde, conclui-se que formatar os serviços de saúde em rede pode potencializar suas ações, desenvolvendo-as de forma articulada e orientadas para a busca da integralidade do cuidado.

Os significados encontrados nos estudos selecionados identificam a RAS como uma organização poliárquica, embasada em relações horizontais entre os serviços de saúde e os profissionais que a compõem, capaz de produzir melhores resultados em saúde para sua população adscrita com racionalidade de gastos, integração e cooperação nos diversos níveis de complexidade, visando a integralidade do cuidado em saúde.

Quanto às repercussões da RAS para a organização dos sistemas de saúde, pode-se destacar o desenvolvimento de novas tecnologias de informação para integrar serviços e profissionais que compartilham o cuidado em saúde; a racionalidade de gastos com conseqüente diminuição dos custos em saúde; o acesso universal, equitativo e integral a todos os serviços disponíveis nos diversos níveis de complexidade do sistema; o atendimento centrado no usuário do sistema de saúde, com base regionalizada e coordenada pela APS; entre

outras repercussões que, quando somadas proporcionam um salto de qualidade no cuidado em saúde para a população usuária.

De posse destas afirmações, podemos concluir que a GC à pessoa com estomia será melhor realizada se a RAS estiver fortalecida em suas ações e serviços, disponibilizando destes de forma diversificada e diferenciada, alcançando o cuidado integral e humanizado que esse público tanto necessita, com racionalidade de gastos, acesso qualificado e embasado nas regiões de saúde.

Ressalta-se a importância de realizar novas pesquisas voltadas para o cuidado à pessoa com estomia no âmbito da RAS, integrando a atenção terciária hospitalar nessa gama de serviços.

REFERÊNCIAS

AGUERO, S. E.; KLIJN, T. P. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. **Cienc. enferm.** Concepción, v. 16, n. 3, p. 33-39, dic. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005> Acesso em: 01 nov. 2014.

ARDIGO, F. S.; AMANTE, L. N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1064-1071, oct./dec. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/24.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2014.

ARRUDA, C. et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

BARROS, E. J. L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2014.

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BOTELHO, L. L. R., CUNHA, C. C. A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **GestaoSoc, Belo Horizonte**, v. 5, n. 11, p. 121-36, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil.

Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Casa Civil, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 400, de 16 de novembro de 2009.** Estabelece diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRETON, M. et al. Management continuity in local health networks. **Int. J. Integr. Care**, v. 12, p. 1-9, apr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429137/pdf/ijic2012-201214.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? **Bmc Health Services Research**, v. 13, p. 1-12, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-262.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

CASCAIS, A. F. M. V. et al. O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 163-167, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a21v16n1.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 15, n. 37, apr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021> Acesso em: 20 jun. 2014.

COSTA, C. P. M.; SQUARCINA, D. F.; PAULA, M. A. B. O especialista em Estomaterapia. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

CRESWELL J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

CUNHA, R. R.; BACKES, V. M. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Desvelamento crítico da pessoa estomizada: em ação o programa de educação permanente em saúde. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 ago. 2014.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

ERDMANN, A. L. et al. Organização das práticas de cuidado na rede de atenção à saúde. **Online braz. J. nur.**, Niterói, v. 10, n.1, abr. 2011.

Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2011.3220.1/html>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, jan./feb. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/17.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **População**. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=populacao&menu=0>> Acesso em: 30 ago. 2014.

GAMA, A; ARAÚJO, S. E. A. Estomas intestinais: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G; CESARETTI, I. U.R (Org.).

Assistência em estomaterapia: “cuidando dos ostomizados”. São Paulo: Atheneu, 2000.

GIOVANELLA, L. et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-94, may./jun. 2009.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_14.pdf>.

Acesso em: 31 mar. 2015.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM R; GRABOIS, V; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.153-190. Disponível em:

<<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca>.>
> Acesso em: 30 jun. 2014.

GRECO, A. P. C. **Assistência a pessoas com estomas: guia prático para profissionais da área da saúde**. Salvador: ASCOM – HSR, 2015.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S331-6, 2004. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>. Acesso em 31 mar. 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, aug. 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a06.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

LIN, Y. J.; WAN, T. T. Effect of organizational and environmental factors on service differentiation strategy of integrated health care networks. **Health ServManageRes**, v. 14, n. 1, p. 18-26, feb. 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11246781>>. Acesso: 31 mar. 2015.

LOPES, M. M. B. et al. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de Enfermagem. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 819-827, nov./dec. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v22n6/a15v22n6.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MACIEL, L. C. Estomias urinárias. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

MARTINS, M. L., et al. A Enfermagem, a pessoa com ostomia intestinal e seus familiares. In: KALINOWSKI, C. E. **Sistema de educação em saúde continuada à distância (SESCAD)**. Programa de atualização em Enfermagem Saúde do Adulto. Porto Alegre: Artmed, 2006.p.127-166.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de cuidados compartilhado junto a clientes estomizados: a pedagogia Freireana e suas contribuições à prática educativa da enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, Jun. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011. 549p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciên. saúdecoletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, aug. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 17, n.4, p.758-764, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MILOS, P. H.; BORQUEZ, B. P.; LARRAIN, A. I. S. La “gestion del cuidado” em La legislacion chilena: interpretacion y alcance. **Cienc. Enferm**, Concepcion, v. 16, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003> Acesso em: 02 nov. 2014.

MILWARD, H. B. What health care leaders can learn from research on dark networks. **HealthcManageForum**, v. 27, n. 3, p. 136-138, october. 2014. Disponível em: <<http://hmf.sagepub.com/content/27/3/136.abstract>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013, p.303-360.

MORAES, J. T. et al. Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúdecolet**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100101&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2014.

MURAGAKI, W. H.; RAICHER, C. A. Estomias na criança. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

NASCIMENTO, C. M. S. et al . Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, jult./Sept. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 set. 2014.

OCAMPO-RODRÍGUEZ, M. V. et al. Sistemas y modelos de salud, su

incidencia em las redes integradas de servicios de salud health services serviços de saúde. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 114-129, ene./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111p.

PAULA, M. A. B.; TAKAHASHI, R. F. Estomia e sexualidade. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

PAULA, R. P.; SPERANZINI, M. B. Colostomias e ileostomias. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

PELEGRINO, D. M. S. Como cuidar da criança estomizada. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

POLETTI, D.; SILVA, D. M. G. V. Living with intestinal stoma: the construction of autonomy for care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, mar./apr 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000200531&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 ago. 2014.

POLIT; D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

RODRIGUES, L. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-52, feb. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SALZANO, G.; BOURRET, C. Healthcare networks services for patients and large public: methodological and engineer ingissues. **Stud Health TechnolInform**, v. 95, p. 492-7, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14664035>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SANTINHA, G.. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 815-829, sept. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/15.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SANTOS, V. C. L. Aspectos Epidemiológicos dos Estomas. **Rev. Estima**, v. 5, n. 1, p.31-38, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=124:revisao-1&catid=2:edicaovol5&Itemid=73>. Acesso em: 31 mar. 2015.

_____. **Cuidando do estomizado**: análise da trajetória no ensino, pesquisa e extensão. 2006. 205f. Tese (Doutorado Livre Docência) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/.../7/tde.../teseformatacaofinal1.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

_____. A estomaterapia através dos tempos. In: SANTOS, V. L. C. G; CESARETTI, I. U.R (Org.). **Assistência em estomaterapia: “cuidando dos ostomizados”**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

SILVA, M. A. D. A ética e a assistência à pessoa estomizada. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R. (Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado**. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

SOARES, C. B. et al . Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2015.

SOUSA, F. O. S. et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1283-93, apr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory? Metodologia de pesquisa e da teoria fundamentada nos dados**. Petrópolis: Vozes, 2011.

UMPIERREZ, A. H. F. La gestion del cuidado em la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. **Cienc. enferm**, Concepcion, v. 19, n.3, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300011>. Acesso em: 30 out. 2014.

_____. Viviendo com uma ostomía: percepções y expectativas desde La fenomenologia social. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 687-94, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2014.

VARGAS, I. et al. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health ServRes**, v. 15, p. 1-14, 2015. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12913-015-0882-4.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2015.

_____. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health PolicyPlan**. London, v. 30, n. 6, p. 705-17, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

VAZQUEZ, M. L. et al. Integrated healthcare networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Rev PanamSaludPublica**, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-7, oct. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

WILLEM, A.; GEMMEL, P. Do governance choices matter in healthcare networks?:na exploratory configuration study of healthcare networks. **BMC Health Serv Res**, v. 13, p. 1-10, 2013. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-229.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

APÊNDICE A: ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO

ROTEIRO DE VALIDAÇÃO DO MODELO TEÓRICO APLICADO AO TERCEIRO GRUPO AMOSTRAL DA PESQUISA

- **QUANTO À CREDIBILIDADE DA PESQUISA**

O modelo teórico apresentado conseguiu obter familiaridade com o tema estudado?

As categorias abrangem a complexidade do fenômeno estudado?

Você concorda com as afirmações realizadas pela pesquisadora com base nos dados obtidos?

- **QUANTO À ORIGINALIDADE DO TRABALHO**

A teoria apresentada expande e aprimora as idéias, conceitos e práticas correntes?

O trabalho apresenta algum significado teórico ou social?

- **QUANTO À RESSONÂNCIA DOS ACHADOS**

As categorias apresentadas retratam a plenitude do fenômeno estudado?

A teoria apresentada faz sentido para seus participantes ou para as pessoas que compartilham dos seus resultados?

- **QUANTO À UTILIDADE DO TRABALHO**

A análise realizada oferece interpretações que os gestores, profissionais de saúde e pessoas com estomia possam utilizar no seu cotidiano?

A análise pode incentivar novas pesquisas em outras áreas substantivas?

De que forma você acha que o trabalho contribui para o conhecimento?
Em sua opinião, este trabalho contribuiu para a criação de um mundo melhor, no contexto do fenômeno estudado?

APÊNDICE B: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS EM CÓDIGOS, SUBCATEGORIAS E CATEGORIAS.

Quadro 9: Apresentação dos resultados da pesquisa com os códigos formadores das subcategorias e categorias. Florianópolis, 2015.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓDIGOS
<p>Desvelando a Gestão do Cuidado à pessoa com estomia</p>	<p>Reconhecendo a GC como atenção integral à saúde da pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Significando gestão do cuidado como atenção integral • Reconhecendo a GC como autocuidado • Praticando a gestão do cuidado com os todos os pacientes da APS • Praticando a GC por meio da continuidade do cuidado • Pensando a GC voltada para a pessoa com estomia de forma ampliada • Atribuindo importância ao enfermeiro especialista na GC à pessoa com estomia • Aplicando o processo de enfermagem com vistas à continuidade do cuidado • Administrando o cuidado conforme as demandas apresentadas • Entendendo a GC como vigilância em saúde

		<ul style="list-style-type: none"> • Entendendo a GC como uma questão ampla • Entendendo a GC como parte integrante da RAS
	<p>Relacionando a GC ao planejamento do cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionando GC ao planejamento do cuidado • Relacionando a GC a ao controle e monitoramento • Praticando a gestão do cuidado no âmbito da administração do CS • Entendendo a GC como organização do cuidado • Entendendo a GC com diferenças regionais
	<p>Desdobrando a GC à pessoa com estomia em dimensões assistenciais e gerenciais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a gestão do cuidado como gerência e assistência • Relacionando a GC ao pensar no cuidado direto e indireto • Praticando a gestão do cuidado no âmbito da assistência de enfermagem • Dividindo a GC em dimensão operativa • Desdobrando a assistência em necessidades e demandas • Citando o produto final da GC como o cuidado direto ao usuário
	<p>Entendendo a GC como responsabilidade da equipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a importância da GC no ambiente domiciliar

	<p>de saúde, da pessoa com estomia e sua família</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Participando das reuniões de categoria para discutir a GC • Entendendo que a GC se faz com o trabalho em equipe • Entendendo a importância do vínculo para a GC • Entendendo a GC enquanto compromisso com a pessoa e família • Conhecendo a doença para melhor cuidar da pessoa com estomia
	<p>Embasando a GC à pessoa com estomia em autonomia profissional, conhecimento e boas práticas de cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referindo a autonomia profissional e as boas práticas como importantes para a GC • Respaldando o exercício da GC com os protocolos de atendimento municipais • Entendendo a gestão do cuidado como saber fazer
	<p>Realizando a GC à pessoa com estomia com o apoio das instâncias gestoras e das políticas públicas de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensando que a GC é realizada por gestores • Atribuindo valor a SMS Fpolis pela manutenção da GC • Interligando a GC realizada pelos profissionais com as políticas e instâncias gestoras • Identificando a SMS como parte integrante na GC • Identificando a burocracia como uma

<p>Conhecendo à pessoa com estomia durante o período da graduação e por meio da prática profissional</p>	<p>Conhecendo os instrumentos para realização do cuidado à pessoa com estomia</p>	<p>dimensão da GC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizando os primeiros cuidados à pessoa com estomia no trabalho • Utilizando a consulta de enfermagem para realização do cuidado • Orientando a equipe de enfermagem sobre o cuidado à pessoa com estomia • Necessitando dos equipamentos adequados para o cuidado à pessoa com estomia • Identificando necessidades de cuidado fora do CS para as pessoas com estomia • Identificando o GAO como importante para formação acadêmica • Adaptando o cuidado conforme as ferramentas existentes • Comparando seu CS com outros em números de pessoas com estomia • Comparando o atendimento com o passado, quando não havia descentralização do cuidado
	<p>Identificando o período da graduação como ideal para o conhecimento da pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atribuindo importância ao conhecimento da condição na graduação • Conhecendo a pessoa com estomia na graduação em enfermagem

	<p>Reconhecendo a pessoa com estomia como usuários dos serviços oferecidos nas unidades de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo seu papel de profissional da saúde que cuida da pessoa com estomia • Reconhecendo a pessoa com estomia como um usuário frequente do CS • Reconhecendo a pessoa com estomia como um paciente com poucas demandas • Identificando as pessoas com estomia pelas características da estomia • Identificando a pessoa com estomia como um usuário pouco frequente do CS
	<p>Identificando potencialidades no cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a adaptação à condição de pessoa com estomia • Percebendo o conhecimento e experiência da pessoa com estomia em relação a sua condição • Identificando a importância da família no processo de cuidado à pessoa com estomia
	<p>Identificando as fragilidades no cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo ter pouco contato com pessoas com estomia na sua experiência profissional • Especificando o preconceito no atendimento à pessoa com estomia pelo desconhecimento • Atendendo poucos pacientes na sua rotina profissional

<p>Realizando o cuidado à pessoa com estomia como parte integrante do processo de trabalho nas Atenção Primária e Secundária em Saúde</p>	<p>Reconhecendo a importância da consulta de enfermagem para realização do cuidado à pessoa com estomia no Centro de Saúde e no domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agendando uma consulta de enfermagem no CS • Realizando consulta de enfermagem de demanda espontânea à pessoa com estomia • Desenvolvendo o cuidado na consulta de enfermagem • Realizando a consulta de enfermagem no âmbito domiciliar • Criando continuidade no cuidado por meio de consultas de enfermagem mensais • Entendendo a consulta de enfermagem como instrumento do cuidado
	<p>Desenvolvendo o cuidado de enfermagem à pessoa com estomia na consulta de enfermagem na APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entendendo que o primeiro contato é buscando apenas o material para a estomia • Conhecendo a pessoa com estomia por meio dos documentos do processo encaminhado ao CS • Utilizando equipamentos adequados ao cuidado da pessoa com estomia • Realizando a avaliação física da pessoa com estomia • Realizando cuidados periestomia e de pele • Realizando avaliação da estomia • Identificando complicações das estomia • Identificando alterações no efluente na bolsa

		<ul style="list-style-type: none">• Encaminhando o paciente pela RAS conforme necessidade• Reconhecendo dificuldades impostas pela condição de pessoa com estomia• Reconhecendo a dificuldade de aceitação das pessoas com estomia à sua condição• Identificando dificuldades sexuais da pessoa com estomia• Identificando necessidades sociais das pessoas com estomia• Estimulando o autocuidado por meio da consulta de enfermagem• Realizando a entrega do material ao familiar• Necessitando de cuidados além do físico• Reconhecendo a estomia como uma condição dentre outras tantas• Cuidando da pessoa por outra doença passando a cuidar também pela estomia• Sentindo gratificada pelo cuidado realizado que resultou em reversão da estomia• Avaliando a necessidade do cuidado à pessoa com estomia como os demais pacientes• Percebendo sua importância na melhora do cuidado
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo que mesmo com estomia há mais tempo ainda existem condutas equivocadas
	Desenvolvendo o cuidado à pessoa com estomia no CCR	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvendo o cuidado no ambulatório do CCR • Desenvolvendo a consulta de enfermagem no CCR • Desenvolvendo a consulta de nutrição no CCR • Desenvolvendo a consulta médica no CCR
	Integrando a equipe de saúde da APS no cuidado à pessoa com estomia	<ul style="list-style-type: none"> • Percebendo a necessidade do atendimento em equipe • Citando o NASF como integrante no cuidado à pessoa com estomia • Buscando integrar a equipe no cuidado à pessoa com estomia
	Entendendo a importância da educação permanente na temática da estomaterapia e a troca de conhecimento entre os profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a importância da especialidade em estomaterapia • Aprendendo o cuidado com troca de conhecimento entre os profissionais • Necessitando de treinamento para realização do cuidado à pessoa com estomia • Desconhecendo as rotinas das unidades de saúde da RAS • Não realizando o cuidado por

		<p>desconhecimento e falta de experiência na área</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscando conhecimento para realizar o cuidado adequado • Reconhecendo dificuldades no manejo dos materiais de estomia por falta de conhecimento • Solicitando Educação Permanente com a temática da pessoa com estomia
	<p>Reconhecendo o vínculo com a ESF como um componente importante para o cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando a perda de vínculo com a pessoa com estomia de acordo com a organização do CS • Transferindo o cuidado à pessoa com estomia para um enfermeiro específico no CS • Atribuindo valor ao vínculo com a ESF • Mantendo o vínculo com seu médico especialista
<p>Caracterizando o papel dos pontos de atenção em saúde no</p>	<p>Definindo o vínculo, a continuidade e a coordenação do cuidado como papel da APS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizando o vínculo enquanto papel da APS • Identificando o cuidado longitudinal a pessoa com estomia • Estabelecendo o papel da APS no cuidado (coordenação do cuidado) • Entendendo a reabilitação como função da

cuidado à pessoa com estomia		<p>APS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citando a proximidade da moradia e o conhecimento da família como diferencial no cuidado
	Entendendo a integralidade do cuidado como colaboração e integração entre os pontos de atenção em saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo seu papel como prevenção de complicações nas estomias • Reconhecendo o cuidado integral à pessoa com estomia • Dividindo o cuidado com a ESF e as policlínicas • Identificando boas práticas de cuidado • Garantindo o acesso avançado nos pontos de atenção • Identificando dificuldades na prevenção e promoção à saúde em termos gerais
	Reconhecendo que a pessoa com estomia exerce o seu papel no cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizando a troca de conhecimento com a pessoa com estomia • Necessitando fazer a diferença para a pessoa atendida • Estimulando o autocuidado da pessoa com estomia • Estabelecendo novas metas conjuntas com a pessoa com estomia • Coresponsabilizando a pessoa com estomia

		<p>pelo seu cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atribuindo importância ao paciente
	<p>Estabelecendo o papel do CCR no cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecendo o papel do CCR no cuidado à pessoa com estomia • Caracterizando o papel do CCR no cuidado à pessoa com estomia
<p>Realizando o cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS</p>	<p>Compartilhando o cuidado entre os pontos de atenção da RAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buscando a segurança da pessoa com estomia por meio da partilha do cuidado • Identificando complicações para a média complexidade • Identificando outros pontos de atenção na RAS • Compartilhando o cuidado com os profissionais de outras ESF no mesmo CS • Encaminhando a pessoa com estomia aos pontos de atenção da RAS • Estabelecendo contato entre os pontos de atenção • Acompanhando os atendimentos da pessoa com estomia pelos pontos da RAS • Apontando a discussão do cuidado em rede com as diretorias dos níveis de atenção como um desafio
		<ul style="list-style-type: none"> • Citando a importância da descentralização do cuidado para os Distritos

	<p>Reconhecendo a descentralização do cuidado à pessoa com estomia como uma estratégia para melhoria do cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atribuindo importância a separação e descentralização do material por paciente e para a ESF • Entendendo a descentralização do serviço de estomia para as policlínicas como uma ação importante e simples • Identificando a policlínica como uma estrutura adequada para implantação de novos serviços
	<p>Identificando obstáculos e fragilidades na realização do cuidado à pessoa com estomia por meio da RAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando dificuldades de locomoção pela RAS • Recebendo informação dos outros pontos de atenção • Identificando dificuldades de contato com a alta complexidade • Identificando os sistemas de informação como apoio para o cuidado • Reconhecendo a necessidade de acesso ao sistema de saúde para garantia de cuidado • Citando dificuldades no processo de referência e contrarreferência de forma geral • Desconhecendo encaminhamentos entre enfermeiros na RAS • Identificando ruídos de comunicação na RAS

		<ul style="list-style-type: none">• Desconhecendo atividades de outras policlínicas• Reconhecendo a dificuldade de manutenção dos profissionais no serviço• Reconhecendo o serviço à pessoa com estomia do CCR recente sem muitos dados para avaliação• Identificando dificuldades de manejo de complicações no ambulatório• Necessitando de melhoras nas estruturas físicas dos pontos de atenção• Entendendo a necessidade das políticas serem implantadas de acordo com as normas corretas• Caracterizando a equipe do CCR como atendimento não exclusivo à pessoa com estomia
	Estabelecendo melhorias nas práticas de cuidado por meio da RAS	<ul style="list-style-type: none">• Mudando as práticas de cuidado nos pontos de atenção da RAS• Reconhecendo a estomia como uma deficiência física• Reabilitando a pessoa com estomia por meio da RAS• Reconhecendo o Distrito Sanitário como apoiador na RAS

		<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo a troca de informação entre profissionais como importante para a melhora do cuidado • Conhecendo a documentação necessária para abertura de processo • Identificando importância na orientação no âmbito hospitalar
	<p>Situando os grupos de vivência como apoiadores da RAS no cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecendo o GAO como apoiador na RAS • Reconhecendo locais para atendimento em grupos de vivência
	<p>Reconhecendo a resolutividade do atendimento em RAS para o cuidado à pessoa com estomia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando sua referência na média complexidade municipal • Identificando que o provedor dos materiais de estomia é a SES • Reconhecendo que existe um fluxo para encaminhamento da pessoa com estomia na RAS • Reconhecendo a resolutividade do atendimento em RAS • Reconhecendo o profissional que atua como responsável na média complexidade pela referência • Reconhecendo a importância dos

		<p>equipamentos e materiais de estomia para o cuidado</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconhecendo os pontos de referência para a alta complexidade
--	--	---

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello (pesquisadora responsável), juntamente com pesquisadora Priscilla Cibele Tramontina, mestranda em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada Gestão do Cuidado a Pessoa com Estomia sob a perspectiva da Rede de Atenção à Saúde, que tem como objetivo compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da rede de atenção à saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na. Pró-Reitoria de Pesquisa. Biblioteca Universitária Central – Setor periódico (térreo) atrás dos arquivos deslizantes, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, telefone (48) 37219206, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br.

Acreditamos que o estudo possibilitará a construção de melhores práticas na gestão do cuidado à pessoa com estomia pelos profissionais de saúde atuantes nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, obtendo como resultado a melhoria do cuidado a pessoa com estomia e seus familiares.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas, certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da imagem da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista, que será gravada e, posteriormente, transcrita, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

Informamos que esta pesquisa pode oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais entre teoria e prática no campo da gestão do cuidado à pessoa com estomia, assim como as ações desenvolvidas em enfermagem e saúde, porém consideradas de pequena expressão frente aos benefícios que serão possíveis obter com suas idéias, experiências, vivências e sugestões.

Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, caso aceite, poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos.

As pesquisadoras Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Priscilla Cibele Tramontina estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 9158-8633, pelos e-mails alfm@terra.com.br e pritrामontina2@gmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, 4º andar, sala 402- GEPADES. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). Caso seja necessário acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP-SES/SC) encaminhar email para cepses@saude.sc.gov.br ou ligar para os telefones (48) 3212-1660/3212-1644. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello Priscilla Cibele Tramontina
 Pesquisadora responsável Pesquisadora colaboradora

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____


RG: _____ CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____ / ____ / ____

APÊNDICE D: PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p> <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p> <p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p> <p>UFSC</p> <p>CCS</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</p>
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</p> <p style="text-align: center;">SIGNIFICADOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E REPERCUSSÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA</p>
<p>RECURSOS HUMANOS</p> <p>Pesquisadora responsável: Priscilla Cibele Tramontina (1).</p> <p>Pesquisadora orientadora: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello (2).</p>
<p>PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1, 2; - Coleta de dados: 1; - Seleção dos estudos: 1; - Checagem dos dados coletados: 1, 2; - Avaliação crítica dos estudos: 1, 2; - Síntese dos dados: 1; - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1; - Apreciação final, avaliação e sugestões: 1, 2; - Revisão final a partir de sugestões da orientadora: 1; - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1, 2.

* Os números correspondem ao nome dos pesquisadores responsáveis.

PERGUNTA DE PESQUISA

Quais são os significados de Redes de Atenção à Saúde presentes nas publicações científicas e as repercussões para a organização dos sistemas de saúde?

OBJETIVO

Identificar os significados teórico-conceituais que são adotados para o estudo das redes de atenção à saúde, bem como, o modo como estas repercutem na organização dos sistemas de saúde.

DESENHO DO ESTUDO

A Revisão Integrativa (RI) pode ser entendida como um tipo de revisão de natureza complexa, a qual que se utiliza de métodos normativos e sistemáticos para fins de assegurar o rigor exigido na pesquisa científica e a legitimidade das evidências encontradas (BOTELHO, CUNHA, MACEDO; 2011; SOARES et al, 2014).

Para a realização da RI, optou-se por seguir os passos propostos por Botelho, Cunha e Macedo (2011, p. 129), sendo eles: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão com síntese do conhecimento acerca do tema.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Artigos de periódicos indexados nas bases de dados PUBMED/MEDLINE, SCOPUS, WEB OF SCIENCE e LILACS, além de consulta ao website GOOGLE SCHOLAR, nos idiomas português, inglês e espanhol e que apresentassem e abordassem a temática da RAS de forma geral, associada à organização e à integração dos serviços e sistemas de saúde estudados nas publicações.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Artigos de revisão; Editoriais; Cartas; Comentários; Resumos de Anais; Ensaíos; Dossiês; Documentos oficiais de Programas Nacionais e Internacionais; Relatos de experiência; Teses, Dissertações; TCC; Boletins Epidemiológicos; Relatórios de gestão; Livros; Estudos que abordem a RAS de forma temática relacionada ao ciclo de vida ou condição clínica, citando, por exemplo: RAS para a Pessoa com Deficiência ou RAS para Doenças Crônicas.

ESTRATÉGIAS DE BUSCA

As estratégias de buscas serão realizadas com base nos descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), quando permitidos pelas bases de dados, bem como por palavras chave correspondentes. As estratégias de busca estão listadas abaixo:

PUBMED/MEDLINE

("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])

SCOPUS

("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])

WEB OF SCIENCE

("health care network"[All Fields] OR "health care networks"[All Fields]) OR "healthcare network"[All Fields]) OR "healthcare networks"[All Fields]) AND "delivery of health care"[All Fields]) OR "delivery of healthcare"[All Fields])

LILACS

(tw:("rede de cuidados continuados de saúde")) AND (tw:("serviços de saúde")) AND (tw:("sistemas de saúde"))

GOOGLE SCHOLAR

"healthcare network" AND "delivery of healthcare"

SELEÇÃO DOS ESTUDOS:

Primeiro momento: consiste na leitura geral de todos os títulos, resumos e palavras-chave dos estudos, para realização de uma primeira varredura dos estudos que não se incluem na proposta da revisão integrativa de literatura. Esta etapa foi realizada por dois pareceristas (PCT e ALSFM).

Segundo momento: leitura dos estudos pré-selecionados na íntegra para analisar se atendem aos critérios de inclusão da RI.

Terceiro momento: leitura das referências dos artigos pré-selecionados, no intuito de abarcar possíveis estudos não contemplados nas bases de dados.

Os artigos que atenderem os objetivos propostos para a revisão integrativa da literatura serão submetidos à etapa de avaliação crítica.

AValiação crítica dos estudos			
Nesta etapa, os estudos serão lidos novamente, sendo realizada a extração dos significados de Redes de Atenção à Saúde e as repercussões para a organização dos sistemas de saúde, seguindo os passos elencados anteriormente Mendes, Silveira, Galvão (2008).			
INFORMAÇÕES A SEREM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES			
<ul style="list-style-type: none"> • País • Ano de publicação • Autor (es) • Objetivos do estudo • Método • Significados de Redes de Atenção à Saúde • Repercussões para a organização dos sistemas de saúde 			
SÍNTESE E CONCLUSÃO: Os resultados serão apresentados em forma de artigo com síntese qualitativa dos resultados, sendo os resultados e discussão expostos em forma de narrativa.			
DIVULGAÇÃO:			
Publicação dos resultados desta Revisão Integrativa da Literatura no meio acadêmico e científico.			
CRONOGRAMA			
PERÍODO	2015		
ATIVIDADES	agosto	setembro	outubro
Elaboração protocolo	X		
Validação protocolo		X	
Busca dos estudos		X	
Seleção dos estudos (1ª seleção)		X	
Organização dos estudos em quadros		X	

Seleção dos estudos (2ª seleção)		
Avaliação crítica dos estudos		
Análise dos dados coletados		
Resultados, Discussão e Considerações finais		

REFERÊNCIAS

BIREME. DeCS – **Descritores em Ciências da Saúde**. [base de dados na Internet] São Paulo: BIREME; [acesso em 15 Ago 2015]. Disponível em <http://decs.bvs.br/>

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 17, n.4, p.758-764, 2008.

BOTELHO, L.L.R., CUNHA, C.C.A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *GestaoSoc* [Internet] . 2011;5(11):121-36. Disponível em:
<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220>.
Acesso em: 20 Set 2015.

SOARES, Cassia Baldini et al . Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO DO CUIDADO À PESSOAS COM ESTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41979515.6.0000.0115

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 984.045

Data da Relatoria: 12/03/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem por objetivo compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia na rede de atenção à saúde no município de Florianópolis. Para tanto, pretende-se realizar a pesquisa em unidades de saúde da rede municipal e estadual, tendo como participantes os profissionais de saúde de nível superior envolvidos com o cuidado a pessoas com estomia. A pesquisa busca construir conjuntamente com os profissionais de saúde os significados atribuídos por eles acerca gestão do cuidado (ações assistenciais, gerenciais e de gestão) e sua articulação entre os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, no intuito da garantia da integralidade no cuidado à pessoas com estomia. Será utilizado como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual proporciona a elaboração de modelos teóricos acerca da temática a partir dos dados coletados e analisados sistematicamente. Acredita-se que a realização desta pesquisa possa contribuir com a construção de melhores práticas no cuidado a pessoas com estomia nos diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Objetivo da Pesquisa:

2 OBJETIVO

Compreender a gestão do cuidado à pessoa com estomia sob a perspectiva da

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 984.045

rede de atenção à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se que os riscos oferecidos por esta pesquisa são de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais acerca da teoria e prática no campo da gestão do cuidado à pessoa com estomia, assim como ações desenvolvidas em enfermagem e saúde. Os riscos, ainda que considerados mínimos frente aos benefícios que poderão ser obtidos com as vivências e experiências dos participantes, poderão ser relatados aos pesquisadores que, nos casos necessários, prontamente realizarão o encaminhamento do participante a algum serviço de apoio psicológico disponível no âmbito do SUS.

Benefícios:

Acredita-se que a pesquisa irá contribuir com a construção de melhores práticas no cuidado a pessoas com estomia nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, melhorando diretamente o atendimento à pessoa com estomia, auxiliando os profissionais envolvidos neste cuidado na elaboração destas melhores práticas no seu ambiente de trabalho e ajudando na construção da rede de atenção à saúde no município de Florianópolis, seja para a pessoa com estomia ou para os usuários da rede em geral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para auxiliar na organização e classificação dos dados coletados após a transcrição das entrevistas será utilizado o software NVIVO 10®, o qual será disponibilizado pelo Grupo de Pesquisa em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequado, conforme avaliado apresentou todos os termos de apresentação.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atende a todos os requisitos definidos para o comitê de ética.

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca
Bairro: Centro **CEP:** 88.015-130
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3212-1660 **Fax:** (48)3212-1680 **E-mail:** cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO DA
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 984.045

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Março de 2015

Assinado por:
ELIANE MARIA STUART GARCEZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, Andar Térreo - Biblioteca

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3212-1660

Fax: (48)3212-1680

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br