



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAROLINE CECHINEL PEITER

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA
A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR: PESQUISA DE
MÉTODO MISTO**

**FLORIANÓPOLIS
2020**

CAROLINE CECHINEL PEITER

**TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS PARA
A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS APÓS ALTA HOSPITALAR: PESQUISA DE
MÉTODO MISTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem - para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Grupo de Pesquisas: Laboratório de Estudos e Pesquisas em Administração, Gerência do Cuidado e Gestão Educacional em Enfermagem e Saúde (GEPADES).

Orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Coorientadora: Prof. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

**FLORIANÓPOLIS
2020**

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

Cechinel-Peiter, Caroline
Transição do cuidado de crianças com condições crônicas
para a continuidade dos cuidados após alta hospitalar :
pesquisa de método misto / Caroline Cechinel-Peiter ;
orientador, José Luís Guedes dos Santos, coorientadora,
Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, 2020.
221 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidados de Enfermagem. 3.
Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Gestão em
saúde. 5. Teoria Fundamentada. I. Santos, José Luís Guedes
dos. II. Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Caroline Cechinel Peiter

Transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após alta hospitalar: pesquisa de método misto

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.a Aline Marques Acosta, Dra.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.a Eliane Tatsch Neves, Dra.

Universidade Federal de Santa Maria

Prof.a Selma Regina de Andrade, Dra.

Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. José Luís Guedes dos Santos, Dr.

Orientador

Florianópolis, 2020.

Dedico esta tese ao meu querido filho Henrique. O mundo com
você é um lugar melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. **Dr. José Luis Guedes dos Santos**, por todas as oportunidades ao longo dos quatro anos de convivência, pela paciência e excelente orientação.

À professora **Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni**, pelo acolhimento desde que cheguei no GEPADES, por todo o incentivo, confiança e anos de aprendizado. Para muito além do doutorado, muito obrigada!

À professora **Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann**, grande exemplo de liderança para a enfermagem, pela minha primeira oportunidade na pesquisa como bolsista de iniciação científica. Orgulho em ter sido sua orientanda.

À professora **Dra. Selma Regina de Andrade**, pelo grato convívio no grupo de pesquisa, compartilhamento de ideias e ricas discussões. Tenho muita admiração por você.

À professora **Dra. Nelly Oelke**, por ter aceitado me receber durante o estágio sanduíche, pelo aprendizado e conhecimento compartilhado, e por toda a sua generosidade e gentileza comigo e minha família durante os meses em que estivemos longe de casa.

À **banca examinadora**, pelas valiosas contribuições na qualificação e defesa da tese, dispensadas de forma tão ética e gentil.

Às professoras do Departamento de Enfermagem da UFSC, pelos ensinamentos em minha passagem como professora substituta, em especial às professoras Dras. **Aline Pestana Magalhães, Diovane Ghignatti da Costa, Dulcinéia Ghizoni Schneider, Maria Ligia Bellaguarda, e Vera Radünz**, minha professora na graduação e com quem tive a satisfação de dividir a sala de aula. Aprendi muito com vocês!

Às professoras **Dras. Aline Marques Acosta e Eliziane Lorenzini**, pelas dicas e orientações sobre o Canadá, a cidade de Kelowna, e a UBCO.

Ao laboratório de pesquisa **GEPADES**, pelas trocas de saberes e pelas parcerias firmadas. Especialmente, obrigada à **Fernanda Metelski, Márcia Schmitt, Greici Fabrizzio, Luana Silveira e Veridiana Tavares**, pela colaboração e crescimento mútuo.

Às alunas **Vitória Gomes e Isadora Rodrigues Silvy**, pelo auxílio na coleta de dados, com comprometimento e dedicação.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, minha segunda casa durante todos esses anos. Ingressar na UFSC em 2007 foi um grande divisor na minha vida. Gratidão pelas oportunidades e por ter me proporcionado mudanças de paradigmas que contribuíram para me tornar quem sou hoje.

À **University of British Columbia**, pela oportunidade de convivência em um novo ambiente acadêmico e pelo acolhimento tipicamente canadense.

À **CAPES**, pelo financiamento da pesquisa por meio da concessão das bolsas de estudos que me permitiram dedicação exclusiva ao doutorado e o aprofundamento teórico no doutorado sanduíche.

Aos **profissionais experts**, que gentilmente aceitaram validar a teoria substantiva, por acreditarem na contribuição da pesquisa para a melhoria da prática.

Aos **participantes da pesquisa**, profissionais que disponibilizaram seu tempo para contribuir com a construção do conhecimento, e aos familiares que aceitaram compartilhar comigo suas histórias de dores e superação.

Agradecimentos especiais

Ao meu filho **Henrique**, meu companheirinho em todas as etapas do doutorado, por sua energia e coragem que me impulsionam e me inspiram a ser minha melhor versão. Sou grata pela sua vida. Muita admiração pela pessoa que és!

Ao **Lucas**, pelo apoio, parceria, respeito e confiança. Obrigada por tornar nossos, os meus sonhos, e fazer o (im)possível para que eles se concretizassem. Sou grata por compartilhar a vida com você, aprender e evoluir sempre.

Ao meu pai, **Otavio**, por ser a minha principal inspiração de esforço e trabalho, que desde muito pequena me incentivou a estudar muito. Eu não teria chegado ao fim de um doutorado sem o seu exemplo de força.

À minha mãe, **Silesia**, pelo carinho e cuidado nos momentos mais difíceis, e por poder confiar os cuidados do meu filho em todas as vezes em que foi difícil conciliar todas as demandas. O seu amor me faz mais forte.

Aos meus queridos avós, **Lídio** e **Iraci**. Mesmo que menos frequentes do que eu gostaria, as visitas para tomar um cafezinho com o vô e visitar o canteiro de rosas da vó nutriram minha alma nessa caminhada. Orgulho de ter vocês em mim.

Aos meus amados **Juliano**, **Amanda** e **Alice**. Vocês são exemplos de superação. Minha admiração por vocês me inspirou em muitos momentos de cansaço. Amo vocês de todo o meu coração.

Aos queridos **Caio** e **Cláudia**, por compartilharem comigo o amor e cuidado com a minha família. Minha admiração e gratidão.

Às amigas queridas que (re)encontrei no doutorado, **Vanessa**, **Camila**, **Maria Helena**, **Thayse** e **Vivian**, que carinhosamente me acolheram e incentivaram nestes anos. Contem sempre comigo!

Por fim, e acima de tudo, a **Deus**, pela fé que me move, pela proteção, inspiração e força para seguir adiante, e pela certeza de nunca estar sozinha.

“A fé é um lugar de mistério, onde encontramos a coragem de acreditar naquilo que não podemos ver e a força para abandonar nosso medo da incerteza.”

Brené Brown

CECHINEL-PEITER, Caroline. **Transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após alta hospitalar: pesquisa de método misto**. 2020. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020. 221 p.

Orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

RESUMO

Objetivo geral: Analisar a transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. **Método:** Pesquisa de métodos mistos paralelo-convergente (QUAL + QUANT), por meio de uma Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (fase qualitativa) e um estudo transversal (fase quantitativa). A coleta de dados aconteceu de fevereiro a setembro de 2019, em dois hospitais na Região Sul do Brasil. A etapa qualitativa incluiu uma amostragem teórica de 35 participantes, entre profissionais de saúde e familiares de crianças com condições crônicas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, e analisados mediante codificação inicial e focalizada no software NVIVO®. Coleta e análise de dados ocorreram concomitantemente até a saturação teórica. Na etapa quantitativa, utilizou-se um instrumento de caracterização dos pacientes e a versão brasileira do Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil). Foram incluídos 167 responsáveis legais pelas crianças de até nove anos com diagnóstico de doença crônica. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no software IBM SPSS Statistics, versão 20. Adotaram-se os testes t-Student, Análise de Variância e Correlação de Spearman, com nível de significância de 95% ($p < 0,05$). A combinação dos dados aconteceu por integração, com base nos pressupostos sobre Redes de Atenção à Saúde, Continuidade do Cuidado, Transição do Cuidado e Translação do Conhecimento. **Resultados:** Os resultados foram organizados no formato de três manuscritos. Nos resultados qualitativos, obteve-se uma teoria substantiva com a categoria central “Postergando a próxima internação”, com oito categorias e 21 subcategorias. A continuidade do cuidado da criança com condições crônicas acontece de forma cíclica. A ocorrência de novas internações não pode ser evitada, uma vez que as agudizações são multicausais e inerentes à condição crônica. Assim, a atuação da equipe hospitalar para a transição do cuidado tem como foco principal o aumento do tempo entre as internações, a partir de estratégias para a continuidade dos cuidados, como: valorização da integralidade da criança, atuação multidisciplinar, educação em saúde da criança e família, preocupação em facilitar o vínculo do paciente com a Atenção Primária e desenvolvimento das ações de transição do cuidado desde o início da internação. Na etapa quantitativa, identificou-se a qualidade da transição do cuidado como satisfatória, com média de 90,1 (DP=19,5) do CTM-15 Brasil, em uma escala linear de zero a 100. A integração entre os achados qualitativos e quantitativos evidencia os esforços dos profissionais para promover a continuidade dos cuidados após a alta por meio da transição do cuidado. **Conclusão:** A transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar ocorre de forma satisfatória, a partir do desenvolvimento de ações para transição do cuidado desde o início da internação e do senso de corresponsabilidade dos profissionais de saúde. Como estratégia para translação do conhecimento, um vídeo explicativo dos resultados da pesquisa está disponível neste [link](#) no canal do YouTube® do GEPADES UFSC.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Continuidade da Assistência ao Paciente. Gestão em saúde. Criança. Teoria Fundamentada.

CECHINEL-PEITER, Caroline. **Transitional care of children with chronic conditions to continuity of care after hospital discharge: mixed method study**. 2020. Thesis. (Doctorate in Nursing). Post-Graduate course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2020. 221 p.

Advisor: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Co-supervisor: Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

ABSTRACT

Objective: To analyze the transitional care of children with chronic conditions to continuity of care after hospital discharge. **Methods:** Mixed methods research, convergent parallel strategy (QUAL + QUANT), combining a Constructivist Grounded Theory qualitative phase) and a cross-sectional study (quantitative phase). Data collection was carried out from February to September 2019, in two hospitals in Southern Brazil. The qualitative phase included a theoretical sample of 35 participants: professionals and family members of children with chronic conditions. Semi-structured interviews were used, which were analyzed using the open and focused coding system in the software NVIVO® 10. The data collection and analyze were conducted until theoretical saturation. In the quantitative phase, characterizing patients variables were collected and the Brazilian version of the Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil) were used. 167 legal guardians of children with chronic diseases up to nine years old were included. Data were organized in the program Excel, processed Statistical Package for the Social Science version 20, and analyzed using descriptive and inferential statistics. The following tests were used: Student's T, Anova and Spearman correlation. For the statistical tests, the significance level was 95% ($p < 0.05$). The data were combined by integration, based on the assumptions about Healthcare Networks, Continuity of Care, Transitional Care and Knowledge Translation. **Results:** The results were organized in three articles. The qualitative results constructed a substantive theory, with the central category "Postponing the next hospitalization", with eight categories and 21 subcategories. The continuity of care of children with chronic conditions happens cyclically. The hospitalizations cannot be avoided, whereas the acute episodes are multicausal and inherent in the chronic conditions. Thus, the efforts from the hospital team to transitional care are mainly focused on prolong the time between readmissions, based on strategies to promote continuity of care, such as the integrality of the child, multidisciplinary work, the health education of the child and family, the concern to facilitate the patient's bond with primary healthcare, and the development of transitional care actions since the beginning of hospitalization. The quantitative phase revealed the quality of transitional care as satisfactory, with an average of 90.1 (SD=19,5) from the CTM-15 Brasil, in a linear scale ranging from zero to 100. The integration between the qualitative and quantitative data showed the efforts of professionals to promote continuity of care after discharge from the transitional care. **Conclusion:** Transitional care of children with chronic conditions to the continuity of care after hospital discharge occurs with satisfactory quality, from the development of actions for the transition of care from the beginning of hospitalization and the sense of co-responsibility of health professionals. As a strategy for knowledge translation, an explanatory video with the research results is available in this [link](#) on the YouTube® channel of GEPADES UFSC.

Keywords: Nursing Care. Continuity of Patient Care. Health Management. Health Care Levels. Child. Grounded Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dez domínios necessários para alcançar a transição ideal do cuidado.	58
Figura 2 - Fragmentos da codificação inicial realizada no <i>software</i> NVivo® 10.	87
Figura 3 - Fragmentos da codificação focalizada realizada no <i>software</i> NVivo® 10.	88
Figura 4 - Exemplo de diagrama elaborado na análise dos dados.	91
Figura 5 - Diagrama dos procedimentos para integração dos dados.	99
Figura 6 – Representação da teoria substantiva.	122
Figura 7 – Respostas do CTM-15 Brasil segundo os itens do instrumento.	137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde.	33
Quadro 2 – Dimensões da Governança das Redes de Atenção à Saúde.....	34
Quadro 3 –Principais diferenças entre sistemas Fragmentados e Integrados de Atenção à Saúde.	36
Quadro 4 - Referências sobre Continuidade do Cuidado adotadas em teses e dissertações brasileiras da área da saúde.	47
Quadro 5 – Dez domínios necessários para alcançar a transição ideal do cuidado.....	57
Quadro 6 – Estratégia de pesquisa de método misto recomendada para cada problema de pesquisa.	75
Quadro 7 – Aspectos a serem considerados no planejamento para um estudo de métodos mistos.....	76
Quadro 8 – Estratégias de propostas de pesquisa de estudos de métodos mistos.	77
Quadro 9 - Apresentação dos grupos amostrais e participantes que fizeram parte da etapa qualitativa da pesquisa.....	84
Quadro 10 - Exemplos de memorandos desenvolvidos ao longo da pesquisa.	89
Quadro 11 – Fatores do instrumento <i>Care Transitions Measure</i> ®.....	93
Quadro 12 – Códigos das doenças crônicas a serem incluídas no estudo segundo a Classificação Internacional de Doenças.	95
Quadro 13 - Relação de manuscritos referentes aos resultados da tese.....	103
Quadro 14 - Apresentação das categorias e subcategorias do estudo.....	108
Quadro 15 - Chart 1: Joint display of the integrated combination of qualitative and quantitative data.....	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática Continuidade do Cuidado.	46
Tabela 2 - Aspectos metodológicos das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática Continuidade do Cuidado.	46
Tabela 3 - Caracterização dos pacientes incluídos na etapa quantitativa da pesquisa quanto às variáveis categóricas.	136
Tabela 4 – Média e desvio padrão dos itens do instrumento CTM-15 Brasil.	137
Tabela 5 – Respostas do CTM-15 Brasil segundo os itens do instrumento.	138
Tabela 6 – Média e desvio padrão dos fatores que compõem o instrumento CTM-15.	139
Tabela 7 - Associação do escore do CTM-15 Brasil com as variáveis categóricas do estudo.	139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ANOVA	Análise de variância
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CIHR	<i>Canadian Institute of Health Research</i>
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CTM	<i>Care Transitions Measure</i>
CTM-15 Brasil	Versão brasileira do <i>Care Transitions Measure</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEPADES	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HU-UFSC	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
KT	<i>Knowledge Translation</i>
PEN/UFSC	Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PrInt	Programa Institucional de Internacionalização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBC	<i>University of British Columbia</i>
UBCO	<i>University of British Columbia, campus Okanagan</i>
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIP	Unidade de Internação Pediátrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	OBJETIVOS	25
1.1.1	Objetivo geral misto	25
1.1.2	Objetivos específicos qualitativos	25
1.1.3	Objetivos específicos quantitativos	26
1.2	TESE	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	27
2.1.1	Elementos constitutivos das RAS	30
2.1.2	Modelo de Atenção à Saúde	35
2.1.3	Manuscrito 1 - Redes de Atenção à Saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil	37
2.2	CONTINUIDADE DO CUIDADO	37
2.2.1	Manuscrito 2 – Continuidade do Cuidado em saúde: análise da produção científica brasileira	43
2.3	TRANSIÇÃO DO CUIDADO	56
2.4	ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS	61
2.5	TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO	68
3	MÉTODO	74
3.1	DESENHO DA PESQUISA	74
3.2	LOCAL DO ESTUDO	80
3.2.1	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago	80
3.2.2	Hospital Infantil Joana de Gusmão	80
3.3	ETAPA QUALITATIVA	81
3.3.1	Participantes do estudo	83
3.3.2	Coleta de dados	85
3.3.3	Análise de dados	86
3.3.4	Validação da teoria substantiva	91
3.4	ABORDAGEM QUANTITATIVA	92
3.4.1	Participantes do estudo	94

3.4.2 Coleta de dados	97
3.4.3 Análise de dados.....	97
3.5 INTEGRAÇÃO DOS DADOS.....	98
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	99
3.7 DOUTORADO SANDUÍCHE.....	100
4 RESULTADOS	103
4.1 RESULTADOS QUALITATIVOS.....	104
4.1.1 Manuscrito 3 – Continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas após a alta hospitalar	104
4.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	132
4.2.1 Manuscrito 4 – Qualidade da transição do cuidado de crianças com doenças crônicas do hospital para o domicílio.....	132
4.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS.....	148
4.3.1 Manuscrito 5 - Transitional care of children with chronic conditions from hospital to home: a mixed methods study.....	148
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	182
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA.....	184
APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA ETAPA QUANTITATIVA	201
ANEXO A - MANUSCRITO 1: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO BRASIL	202
ANEXO B - VERSÃO BRASILEIRA DO <i>CARE TRANSITIONS MEASURE</i> (CTM-15 BRASIL).....	212
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	215

APRESENTAÇÃO

Esta tese está vinculada ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), área de concentração Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem, e linha de pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Minha trajetória no GEPADES iniciou durante a graduação em enfermagem na UFSC, em 2009, quando ingressei como bolsista de iniciação científica (IC/CNPq), orientada pela professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, fundadora e então líder do grupo de pesquisa. Desde então, venho desenvolvendo minha trajetória acadêmica no que tange à temática da gestão em saúde e enfermagem.

Concluí o mestrado em Saúde Coletiva me aproximando do tema gestão em saúde pública, desenvolvendo a dissertação intitulada “Regulação em saúde: um diálogo com o princípio da equidade”. Nesse sentido, direcionei meus estudos e pesquisas em estratégias de funcionamento, fluxos e estruturas que visassem à qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para além de aspectos regulatórios, interessava-me entender como as pessoas vivenciavam a transição entre os serviços e como os profissionais de saúde poderiam contribuir para esse processo, o que orientou a escolha da temática a ser aprofundada no doutorado.

O interesse por desenvolver a pesquisa na área da saúde da criança partiu do pressuposto de que nesse contexto poderiam ser encontradas estratégias diferenciadas partindo dos profissionais que pudessem ser documentadas, orientando as ações nesse contexto e em cenários semelhantes, visando à qualificação dos processos de transição e continuidade do cuidado.

Assim, foi desenvolvido o presente estudo, o qual está organizado em cinco capítulos: 1) Introdução; 2) Fundamentação Teórica; 3) Método; 4) Resultados; e 5) Considerações finais.

A Introdução apresenta os principais conceitos utilizados na construção da tese, abordando a problematização do tema, justificativas do estudo, aspectos epidemiológicos, questões norteadoras, objetivos e a tese a ser defendida por meio deste trabalho.

A Fundamentação Teórica traz o marco teórico da pesquisa e está dividida em: 1) Redes de Atenção à Saúde; 2) Continuidade do cuidado; 3) Transição do Cuidado; 4) Atenção

integral à saúde da criança com condições crônicas; e 5) Translação do conhecimento. Nesse capítulo são apresentados dois manuscritos originados de revisões bibliográficas: o primeiro manuscrito da tese, sobre a temática das Redes de Atenção à Saúde, publicado na Revista de Enfermagem Anna Nery, e o segundo, sobre Continuidade do Cuidado.

O Método engloba os aspectos metodológicos adotados no desenvolvimento da pesquisa, incluindo a pesquisa de métodos mistos com suas etapas qualitativa e quantitativa, a integração dos dados como estratégia de combinação dos dados utilizada, além da descrição das atividades desenvolvidas no Doutorado Sanduíche.

A organização dos Resultados segue a Instrução Normativa 01/2016 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC, sendo apresentados em formato de três manuscritos que contemplam, respectivamente: 1) a teoria substantiva desvelada na etapa qualitativa do estudo; 2) os dados quantitativos resultados do estudo transversal; e 3) a integração dos dados da pesquisa de métodos mistos.

O último capítulo inclui as Considerações finais, indicando os principais achados da pesquisa, suas limitações e contribuições para a prática. Também são apresentadas recomendações de novos estudos.

1 INTRODUÇÃO

A fragmentação da assistência é desafio antigo para os sistemas de saúde. O relatório Dawson, publicado na Inglaterra, em 1920, como primeira tentativa de reforma do sistema de saúde do país no pós-Primeira Guerra Mundial, já havia proposto o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), objetivando organizar os serviços de saúde de acordo com as necessidades do indivíduo/população, integrando ações preventivas e curativas. Apresentou conceitos de território, referência, Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, bases para a sustentação da regionalização, referência/contrarreferência, e integração dos diferentes níveis de tecnologia do cuidado presentes na lógica das RAS. Também propôs um sistema de arquivamento de histórias clínicas para consulta em casos de o paciente ser encaminhado de um centro de atendimento a outro, buscando a integração das ações de saúde (MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAÑA, 1964).

A fragmentação do cuidado está relacionada à falta de coordenação entre os serviços assistenciais, levando à duplicação de ações de saúde, condutas e planos de cuidado conflitantes, desfechos clínicos insatisfatórios e baixa qualidade da assistência (WAIBEL et al., 2015). A superação da fragmentação do sistema de saúde e alcance da integração dos serviços com continuidade do cuidado é desafio fundamental frente à mudança do modelo de atenção à saúde (FILLIETTAZ et al., 2018; SUTER et al., 2009; VALENTIJN et al., 2015).

A superação da fragmentação do cuidado demanda reestruturação do sistema de saúde, com articulação e integração dos serviços para que funcionem de forma contínua, o que é possível por meio das redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS (MENDES, 2013). Para alcançar resultados clínicos e financeiros favoráveis, é necessário um sistema de saúde integrado baseado em uma APS fortalecida que permita uma atenção coordenada centrada no paciente ao longo do tempo (JACKSON et al., 2017). Nesse sentido, para responder à fragmentação dos sistemas de saúde, diversos países têm adotado a estrutura de redes de atenção à saúde, com sua centralidade na APS, na tentativa de integração entre os serviços (WAIBEL et al., 2015).

As RAS configuram-se como arranjos organizacionais dos diferentes pontos de atenção à saúde de todos os níveis de complexidade tecnológica, ordenados pela APS, que se intercomunicam em busca da integralidade da assistência, tendo como objetivo final prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo (MENDES, 2011; SILVA, 2011). A estruturação dos sistemas de saúde em redes é considerada uma eficiente estratégia

para a concretização da integralidade da assistência em consonância com a otimização dos recursos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível (SILVA, 2011).

As RAS surgiram como propostas à construção de sistemas de saúde integrados a partir dos anos 1990, inicialmente nos Estados Unidos, avançando para o Canadá, países da Europa ocidental, até atingir países da América Latina, como o Brasil (MENDES, 2011; SILVA, 2011; WAIBEL et al., 2015). No Brasil, o termo já havia sido introduzido na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 198, que dispõe que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Portaria 4.279/2010 estabeleceu as diretrizes para a organização das RAS, conceituando-as 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). O grau de integração de uma RAS é influenciado por fatores como a coordenação do cuidado pela APS ou pela presença de lacunas na transferência de informações entre os serviços de saúde. Os desfechos finais alcançados a partir dessa organização são a qualidade do cuidado, eficiência dos serviços, integralidade e continuidade do cuidado ao longo da rede de atenção (WAIBEL et al., 2015). Esse grau de integração é um fator essencial para a qualificação e continuidade do cuidado (SILVA, 2011).

No Brasil, a continuidade do cuidado é garantida pelo Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS (BRASIL, 2011a). A continuidade do cuidado é definida como o modo pelo qual o paciente experiencia uma série de eventos de assistência à saúde ao longo do tempo, ou seja, o quão coerente, coordenado, consistente e conectado o cuidado que recebe é em relação às suas necessidades de saúde (HAGGERTY et al., 2003; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). A continuidade do cuidado afeta aspectos-chave da rede de atenção, incluindo o aumento da confiança entre paciente e profissional cuidador, diminuição de erros e eventos adversos, aumento da satisfação do paciente e dos profissionais com o cuidado, diminuição da angústia e sofrimento psicológico dos pacientes, aumento da efetividade do cuidado, melhora dos desfechos em saúde e qualidade de vida dos indivíduos, e redução da utilização dos serviços de saúde e seus custos (BRAND; POLLOCK, 2018; FREEMAN; HUGHES, 2010; JACKSON et al., 2017).

Haggerty e colaboradores (2003) definiram a continuidade do cuidado a partir de três dimensões: continuidade relacional, gerencial e informacional. A continuidade relacional diz

respeito à relação terapêutica progressiva entre o paciente e um ou mais profissionais. A continuidade gerencial é a disponibilização de serviços de saúde consistentes organizados de forma coerente para o gerenciamento das condições de saúde dos indivíduos. A continuidade informacional trata do acesso do profissional a informações referentes aos eventos de saúde prévios do paciente, permitindo um cuidado mais direcionado e apropriado para cada indivíduo (BRAND; POLLOCK, 2018; HAGGERTY et al., 2013).

Lacunas na continuidade do cuidado sugerem a falta de integração entre os serviços e a insuficiência ou ineficiência da integração entre os pontos da RAS. As discussões para a estruturação de sistemas de saúde que buscam como objetivo final a integralidade do cuidado devem focar na integração do trabalho dos diferentes profissionais e dos diversos serviços de saúde, incluindo a participação do usuário, de modo a articularem juntos um sistema de saúde projetado no paciente (JACKSON et al., 2017).

A continuidade do cuidado é requerida especialmente frente a doenças crônicas, cada vez mais prevalentes no cenário de mudança do perfil epidemiológico nos sistemas de saúde do mundo todo (MENDES, 2011; OSBORN et al., 2015). Frente a essas condições, o usuário precisa percorrer diferentes pontos de atenção à saúde na busca da integralidade da atenção, o que torna indispensável a comunicação entre os serviços e profissionais de saúde, e a integração da rede (COLEMAN et al., 2002; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2011).

Tanto a estruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica das redes de atenção quanto o desenvolvimento e aplicação de estratégias para oportunizar a continuidade do cuidado têm como objetivo final promover a integralidade do cuidado. Isso porque ambos permitem a integração das ações e dos serviços de saúde de diferentes complexidades nos diversos territórios (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; SOUSA et al., 2017). O princípio doutrinário do SUS da Integralidade foi definido na Lei Orgânica da Saúde “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

Desde então, a integralidade vem sendo compreendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para superação da fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas, representando uma diretriz a ser seguida para a produção do cuidado integral (SOUSA et al., 2017; VIEGAS; PENNA, 2015). Nessa conjuntura, para que seja alcançada da forma mais completa possível, a integralidade da atenção precisa ser trabalhada em múltiplas dimensões e níveis de densidade tecnológica, sendo resultado da confluência de diversos saberes de uma equipe multiprofissional (VIEGAS; PENNA, 2015). Ou seja, a garantia da integralidade na

oferta dos serviços de saúde exige a articulação dos diferentes pontos de atenção da RAS, seguindo a lógica da organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

No entanto, o momento de transição entre um serviço de saúde e outro representa um ponto vulnerável para a ruptura da continuidade do cuidado, ou seja, a fragmentação da assistência no contínuo de tempo (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; FREEMAN; HUGHES, 2010; HAGGERTY et al., 2013). Nessa busca pela integração dos serviços de atenção à saúde com vistas à continuidade do cuidado, tem-se nos modelos de transição do cuidado importante estratégia para a comunicação entre os serviços e superação da fragmentação da rede de atenção. A transição do cuidado é conceituada como o conjunto de ações organizadas em modelos assistenciais que visam promover a transferência do paciente de um serviço de saúde a outro de modo seguro e oportuno, facilitando a continuidade do cuidado (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; COLEMAN; ROMAN, 2015; FLEMING; HANEY, 2013; KIM; THYER, 2015; MEYERS et al., 2014; WEBER et al., 2017).

Os programas de transição do cuidado consistem em ferramentas de gestão e permitem o atendimento concomitante dos objetivos de melhora das experiências dos pacientes, da situação de saúde e da otimização dos recursos, indo além da simples orientação para a alta (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020; HIRSCHMAN et al., 2015; SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019). No Brasil, apesar da contribuição da temática sobre as práticas de saúde, o estudo dos aspectos que envolvem a transição do cuidado ainda é recente (WEBER et al., 2017), indicando a relevância do desenvolvimento de novos estudos que reflitam e discutam sobre a qualidade da transição do cuidado, tendo em vista suas repercussões positivas na saúde individual do usuário e otimização dos serviços.

Estudos sobre a continuidade do cuidado têm focado em condições crônicas tais como diabetes, câncer e condições relacionadas à saúde mental (HAGGERTY et al., 2013). O estudo da continuidade do cuidado frente às condições crônicas justifica-se pela necessidade de que o atendimento destas condições ao longo do tempo seja realizado pelos diferentes serviços de saúde da rede de atenção (MENDES, 2018). Nesse sentido, o Ministério da Saúde definiu cinco redes de atenção à saúde prioritárias no âmbito do SUS, sendo uma delas a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a). No entanto, apesar de a atenção a crianças acometidas de condições crônicas ser indicada como de risco para a descontinuidade do cuidado (FREEMAN; HUGHES, 2010; NAERT et al., 2017), a

continuidade do cuidado dificilmente é o foco central de discussão dos estudos que exploram essa população (LEYENAAR et al., 2018; NAERT et al., 2017).

A atenção integral à saúde da criança representa área prioritária no cuidado à saúde das populações, e no Brasil é incluída em uma das redes temáticas prioritárias, a Rede Cegonha (BRASIL, 2011b; MACÊDO, 2016). Além disso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) apresenta a promoção e proteção da saúde da criança por meio da atenção e cuidados integrais e integrados como um dos seus objetivos (BRASIL, 2015). Contudo, a rede de atenção à saúde da criança com condições crônicas ainda se apresenta de modo frágil, pontual e desarticulado (DUARTE et al., 2015; NÓBREGA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Frente à necessidade de reorganização do modo de atender às necessidades de saúde das crianças, busca-se a continuidade do cuidado como forma de garantir maior qualidade de vida ao longo do tempo para o indivíduo e família (DUARTE et al., 2015).

Condição crônica na infância é caracterizada como a presença de atividade social limitada, dependência do uso de medicamentos ou alimentação especial, uso prolongado de dispositivo tecnológico, necessidade de atendimento multiprofissional ou de uso dos serviços de saúde em frequência maior do que o usual para a idade (STEIN et al., 1993).

No Brasil, 9,1% das crianças até quatro anos e 9,7% daquelas entre cinco e 13 anos possuem alguma condição crônica, e 25,3% necessitam de atenção especial à saúde (VAZ et al., 2019; ARRUE, 2018). O aumento da prevalência das condições crônicas na infância é resultado da transição epidemiológica, influenciada pelas transições nutricional e tecnológica, acesso aos serviços de saúde, urbanização e mudanças culturais, que levou à alteração do perfil de morbimortalidade da população e aumento da sobrevivência frente aos agravos de saúde. (BRASIL, 2018).

Para atender às necessidades multidimensionais na atenção à saúde da criança com condição crônica, de forma efetivamente integral, é imprescindível que o cuidado na rede de saúde envolva uma abordagem multidisciplinar, e ocorra de forma contínua, coordenada e integral, voltado às necessidades de saúde específicas do indivíduo e família (CURRAN; BRENEOL; VINE, 2020; REISINHO; GOMES, 2016; SILVA et al., 2018). Desse modo, é evidenciada a necessidade de estudos que busquem explorar a temática da continuidade do cuidado da criança com condição crônica na RAS (DUARTE et al., 2015; SILVA et al., 2018).

A escolha do objeto de pesquisa levou em consideração os frequentes episódios de reagudização e as altas taxas de reinternação hospitalar de pacientes com condições crônicas,

reduzindo a qualidade de vida do indivíduo, além de onerar sobremaneira o sistema de saúde (QIU et al., 2019). As especificidades e fragilidades inerentes à população infantil, que a faz ainda mais vulneráveis frente às descontinuidades na trajetória terapêutica, orientaram a delimitação da população de estudo.

Espera-se, com este trabalho, evidenciar fluxos e estratégias institucionais e individuais de profissionais relacionados à qualificação da transição do cuidado e à promoção da continuidade do cuidado, que possam ser incorporados em outros serviços, como o atendimento à população geral, no intuito de otimizar os recursos disponíveis e melhorar a qualidade de vida de indivíduos que convivem com condições crônicas.

Frente à conjuntura apresentada, foram elaboradas as seguintes questões de pesquisa:

- Como ocorre a transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar?
- Quais os significados atribuídos por profissionais de saúde e responsáveis legais para a transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar?
- Como responsáveis legais de crianças com condições crônicas avaliam a transição do cuidado do hospital para o domicílio?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral misto

- Analisar a transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.

1.1.2 Objetivos específicos qualitativos

- Elaborar uma teoria substantiva sobre o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas a partir da transição do cuidado do hospital para o domicílio;
- Compreender a transição do cuidado de crianças com condições crônicas do hospital para o domicílio.

1.1.3 Objetivos específicos quantitativos

- Identificar características clínicas e demográficas de crianças com condições crônicas na alta hospitalar;
- Avaliar a qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas na alta hospitalar;
- Identificar fatores associados à qualidade da transição do cuidado na alta hospitalar.

1.2 TESE

Defende-se a tese de que os profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar compreendem a transição do cuidado como oportunidade para promover a continuidade dos cuidados da criança com condições crônicas em sua trajetória na Rede de Atenção à Saúde que reinicia após a alta hospitalar. A transição do cuidado exige a articulação entre a família, os profissionais da equipe multiprofissional hospitalar, mas também dos demais pontos da RAS, em especial a APS. Nessa trajetória, as agudizações são inerentes à condição crônica. Assim, os esforços para a transição do cuidado visam à retomada da continuidade dos cuidados para aumento do tempo que a criança permanece no domicílio, até a próxima internação.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste item, serão abordados os principais conceitos que sustentam teoricamente esta pesquisa: 1) Redes de Atenção à Saúde; 2) Continuidade do Cuidado; 3) Transição do cuidado; 4) Atenção integral à saúde da criança com condição crônica; e 5) Translação do Conhecimento. Apresentam-se também dois manuscritos elaborados na etapa de construção da problemática de pesquisa.

2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de saúde podem se apresentar num contínuo que vai desde a total fragmentação à completa integração, podendo ser definidos como: sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada. Os sistemas fragmentados mantêm a hegemonia mundial. São constituídos de pontos isolados de atenção à saúde, incomunicados entre si, o que dificulta um cuidado contínuo e integral. Diferentemente, os sistemas integrados têm seus pontos de atenção à saúde organizados coordenada e sistematicamente, de modo a prestar assistência integral e contínua a uma população definida, com base em seu território (MENDES, 2011).

Enquanto que os Estados Unidos se configuram como um exemplo emblemático de sistema segmentado, com sistemas públicos para populações específicas, como o *Medicaid* e o *Medicare*, associados a um sistema privado (MENDES, 2013), países como Brasil, Canadá e países europeus de sistemas públicos universais, como Reino Unido e Espanha, apresentam como prioridades os princípios do acesso universal, integral e equânime, e as estratégias de regionalização e hierarquização (SILVA, 2011). Esta configuração está relacionada à sua prática social: sistemas fragmentados tendem a voltar esforços às condições e eventos agudos, enquanto que sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas, levando em conta o atual perfil epidemiológico dos sistemas de tripla carga de doenças (MENDES, 2011).

A integração do sistema de saúde, por meio de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para promover a qualificação da saúde e continuidade do cuidado, tendo grande importância na superação das lacunas assistenciais (SILVA, 2011; VIACAVA et al., 2012). A superação do desafio da fragmentação dos sistemas de saúde consiste na estruturação de um sistema integrado que funcione de forma contínua e que seja capaz de atender eficaz e efetivamente, com qualidade e de modo equilibrado, às condições

agudas e crônicas, o que justifica a necessidade de estruturação do SUS em redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS (MENDES, 2013).

A definição de redes envolve os conceitos de estruturas abertas, autonomia, horizontalidade/inexistência de hierarquia, interdependência, intercâmbio, cooperação, sinergia, confiança, coordenação e objetivos comuns (MENDES, 2011). Silva (2011) define o conceito de redes como uma malha que integra e conecta sistemicamente os serviços de saúde de determinado território, organizando-os de modo que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção sejam articulados para promover o atendimento integral dos usuários.

As RAS são uma nova forma de organização dos sistemas de atenção à saúde, reconfigurados como sistemas integrados, que consigam responder adequadamente às demandas de saúde da população (MENDES, 2011). A Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde apresenta estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS por meio das RAS, buscando garantir ao usuário o acesso às ações e serviços de saúde dos quais necessita, com efetividade e eficiência. O documento define como objetivos das RAS a promoção e integração “de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica” (BRASIL, 2010).

Assim, na lógica das RAS, os serviços de saúde se organizam em uma rede de pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas, organizados de acordo com as diferentes populações e as ações e serviços de saúde distintos dos quais necessitam, distribuídos espacialmente de forma tal que proporcione maior dispersão dos serviços de menor densidade, e maior concentração dos de maior complexidade, de modo a promover a integralidade da assistência e suficiência da rede no âmbito da região de saúde (MENDES, 2011).

A Regionalização é uma diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto de Gestão, importante na orientação da descentralização das ações e serviços de saúde e na organização da RAS. Nesse sentido, a estruturação das regiões de saúde na lógica das RAS pressupõe a APS como coordenadora do cuidado para promoção da integralidade da atenção (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Entretanto, Santos e Giovanella (2016) alertam para a fragilidade da gestão do cuidado existente no processo de regionalização. Isso porque esta coordenação pressupõe definição do caminho do usuário ao longo da rede. Porém, muitas vezes os fluxos intermunicipais se dão por mediação administrativa, fazendo com que os profissionais assistentes do usuário não

participem do processo. Nessa lógica, a gestão do cuidado é substituída por simples encaminhamentos, dificultando a promoção da integralidade do atendimento ao usuário. Magalhães Junior (2014) enfatiza que “a rede composta por pontos de atenção ou serviços tem que ser uma trilha para facilitar o caminhar dos usuários de um para outro ponto”, compartilhando o cuidado com a APS, e identificando estratégias para o caminhar na rede (MAGALHÃES JUNIOR, 2014, p.30).

A organização das RAS prevê a presença e articulação de cinco fundamentos principais: Economia de escala, qualidade e acesso; Integração horizontal e vertical; Processo de substituição; Territórios sanitários; e Níveis de Atenção à Saúde. O primeiro fundamento, Economia de escala, qualidade e acesso, diz respeito a um ponto de equilíbrio entre otimização econômica *versus* acesso e qualidade dos serviços. A economia de escala trata da dispersão dos serviços de menor densidade tecnológica (aproximando-os da população e facilitando o acesso) e concentração dos de maior densidade tecnológica (reduzindo, assim, os custos fixos e justificando o aumento dos custos variáveis pelo aumento da produção, respeitando-se os limites em que se atinge a chamada deseconomia de escala, que leva à diminuição da qualidade do serviço). Dessa forma, as RAS devem combinar a dispersão ou concentração dos diferentes pontos de atenção e sistemas de apoio técnico, equilibrando qualidade e quantidade (escala), incorporando-se como ponto central o critério do acesso, ou seja, entrada nos serviços e continuidade da atenção (MENDES, 2011).

A integração, horizontal e vertical, permite o adensamento da cadeia produtiva da saúde. A integração horizontal permite o ganho de produtividade e diminuição de competitividade a partir da fusão ou aliança estratégica entre unidades produtivas iguais. Ou seja, pode fundir dois serviços equivalentes, de modo a reduzir custos fixos e ganhar escala, ou promover aliança estratégica entre estes serviços, fazendo com que cada um se especialize em uma carteira de serviços, eliminando a competição entre eles. A integração vertical, por sua vez, por meio de uma gestão única que permite a comunicação entre as variadas unidades produtivas de uma rede de serviços (no caso das RAS, os pontos de atenção e serviços de apoio), leva ao adensamento do valor agregado, sendo o valor agregado, neste caso, o valor saúde. Ou seja, na integração vertical o conceito econômico de cadeia de valor é interpretado aqui como a continuidade do cuidado (MENDES, 2011).

Os processos de substituição dizem respeito à otimização dos recursos disponíveis, em que equipes e processos são reorganizados para qualificação dos resultados sanitários e econômicos. No processo de substituição, são constantemente exploradas soluções melhores e de menores custos frente à demanda e necessidades da população. São exemplos de processo

de substituição a substituição locacional, substituição tecnológica, substituição de competências clínicas e a substituição clínica (MENDES, 2011).

No contexto do SUS, os territórios são espaços em constante processo de construção, resultado da dinamicidade social ali presente, produto de aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos, para além da delimitação física do espaço geográfico. Nesse sentido, a organização das RAS se dá a partir de uma organização populacional/territorial, viabilizando a cooperação gerenciada prevista e permitindo o planejamento da oferta a partir da demanda da população (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção são estruturados pelos pontos de atenção e sistemas de apoio segundo o grau de densidade tecnológica, superando as definições estereotipadas de complexidade técnica. Desse modo, de igual complexidade, mas menor densidade tecnológica, tem-se a APS no primeiro nível de atenção, seguida pelos pontos de atenção de densidade tecnológica intermediária na atenção secundária e, por fim, os serviços de maior densidade na atenção terciária à saúde (MENDES, 2011).

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de sinergia entre os fundamentos das RAS. A constituição de uma RAS exige a coerência entre a definição do território sanitário e dos níveis de atenção disponíveis, considerando-se o grau de suficiência que se pretende atingir em dado território. Do mesmo modo, a integração, horizontal e vertical, resulta na qualificação da economia de escala e equilíbrio entre qualidade e acesso. A otimização dos recursos produto desta relação se dá de forma harmoniosa frente aos constantes processos de substituição (MENDES, 2011).

2.1.1 Elementos constitutivos das RAS

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: população (definida por territórios, e organizada em subpopulações por riscos socio sanitários); estrutura operacional (APS; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; sistema de governança); e modelos de atenção à saúde (sistemas lógicos que organizam e orientam o funcionamento das RAS, articulando populações e seu acesso e fluxo aos diferentes tipos de intervenções sanitárias) (BRASIL, 2010; MENDES, 2014).

Pode-se dizer que o principal elemento de uma RAS é sua **população**, cujas necessidades direcionam a centralidade da atenção da RAS e para benefício da qual se destinam todos os esforços em sua organização. Este elemento está intimamente ligado ao fundamento de territórios sanitários, uma vez que toda RAS, temática ou não, se destina à

população adstrita no território ao qual se limita. A construção de uma RAS prevê conhecimento da população à qual se direciona, sendo esta articulação responsabilidade da APS. O conhecimento das subpopulações, segundo fatores de risco, que compõem o território permite a identificação das necessidades específicas e construção das redes necessárias para cada realidade (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo das RAS é a sua **estrutura operacional**, cujos componentes são: APS; pontos de atenção secundária e terciária; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e os sistemas de governança. A estrutura operacional de uma RAS é baseada na população adstrita, ou seja, aquela cadastrada e pertencente à APS. A partir desta, organizam-se os pontos de atenção secundária e terciária. Para que a rede seja eficiente, é necessária a organização de três sistemas de apoio e quatro sistemas logísticos vinculados à APS. Os sistemas logísticos visam à organização do fluxo e contrafluxo de pessoas, produtos e informações dentro da rede, com interdependência e cooperação (MENDES, 2011). Podemos entender os três primeiros elementos como os pontos de atenção que ofertam as ações e serviços de saúde demandadas pelo usuário, e os sistemas logísticos são os mecanismos que oportunizam este caminhar do usuário ao longo da rede, permitindo que insumos, profissionais, usuários e todas as suas informações de saúde cheguem onde precisam chegar. Permeando todos os outros elementos, o sistema de governança se configura, neste contexto, como o compartilhamento de responsabilidades sobre a saúde da população de responsabilidade de dada RAS.

A **APS** é definida como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, por ser o centro de comunicação das RAS e responsável por coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema (MENDES, 2011). Dessa forma, “gerir o cuidado é gerir a informação de cada usuário no seu transitar na rede segundo as necessidades, estabelecendo fluxo de comunicação, de conversa entre equipes e serviços” (MAGALHÃES JUNIOR, 2014, p.31).

Para isso, a APS deve conhecer sua população de responsabilidade, seus fatores de risco e necessidades, direcionando as ações locais e permitindo o planejamento adequado da oferta nos demais níveis de atenção. Para garantia de uma atenção de qualidade, a APS tem como atributos o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural, e deve cumprir as suas funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização (MENDES, 2011).

Os **Pontos de Atenção Secundária e Terciária** são os elementos temáticos da RAS, por vezes chamados de serviço de atenção especializada, média e alta complexidade, que compõem o nível de atenção secundária e terciária. Um exemplo diz respeito aos pontos de

atenção secundária ambulatorial (atenção do especialista atuando de forma multiprofissional com o restante da equipe e em constante comunicação com a APS, para além dos centros de especialidades médicas, heranças de um sistema de atenção à saúde fragmentado e fortalecedores do Modelo Flexneriano, carentes de vínculo e continuidade do cuidado e permeados de redundâncias) que incluem funções educacionais e de apoio à APS (MENDES, 2011).

Outro exemplo são os hospitais, que podem englobar variados pontos de atenção, tanto secundários quanto terciários. Uma vez que sistemas de atenção fragmentados têm seu foco no modelo biomédico centrado na doença, a estrutura hospitalar deve articular seus vários pontos de atenção na rede de saúde, com vistas a permitir a integração do sistema. Na lógica das RAS, este serviço é responsável por responder às demandas das condições agudas e agudização das condições crônicas, ao mesmo tempo em que estas são prevenidas e controladas pelos demais níveis de atenção, o que nem sempre representa a realidade das instituições no SUS. Soma-se a isto o fato de a estrutura hospitalar, de modo geral, ser muito sensível à relação escala e qualidade, o que representa um desafio à gestão dos recursos financeiros (MENDES, 2011).

Os **Sistemas de Apoio** da estrutura operacional das RAS, que prestam serviços complementares aos demais pontos de atenção, são compostos pelos sistemas de apoio técnico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. Os sistemas de apoio técnico e terapêutico atuam de modo transversal aos demais serviços da rede e, ao inverso do que acontece tradicionalmente, devem atuar em alta escala e de modo integrado aos demais serviços, caso contrário resultará em redundância das ações e em implicações negativas na eficiência econômica e na qualidade dos serviços. Neste serviço, especialmente, para a garantia da sinergia com os fundamentos das RAS, tem-se a necessidade da implantação de protocolos que definam os processos e coleta, transporte, processamento, e interpretação dos exames, estabelecendo parâmetros que permitam a programação das necessidades. Do mesmo modo, deve ser garantida a padronização das funções do sistema de assistência farmacêutica, incluindo as intervenções logísticas e ações assistenciais, ou seja, os dois componentes principais do sistema de assistência farmacêutica: a logística de medicamentos (cujo ciclo engloba a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos) e a farmácia clínica (que permite a atuação do farmacêutico dentro da equipe de saúde de modo interdisciplinar) (MENDES, 2011).

Também parte do Sistema de Apoio, os sistemas de informação em saúde são ferramentas essenciais para o diagnóstico das situações de saúde de uma população. Em

sistemas de saúde estruturados segundo a lógica de redes, a atuação isolada de um sistema de informação em saúde é quase que dispensável para a melhoria da atenção. É indispensável, portanto, para atuação em rede, que o sistema de saúde lance mão de sistemas de informações robustos, que atuem de modo integrado, em quantidade suficiente, com estrutura física adequada e recursos humanos capacitados (MENDES, 2011).

Os elementos da estrutura operacional apresentados até agora são os nós da RAS, em que o usuário terá acesso às ações de saúde das quais necessita. Assim, para alcançar cada ponto de atenção de modo adequado, será necessário dispor de **Sistemas Logísticos** suficientes, que oportunizarão que o caminhar do usuário ao longo da rede saúde se dê de modo integral e com a melhor relação custo-benefício para o sistema de saúde. Nas RAS, os sistemas logísticos estão associados à continuidade do cuidado como valor agregado produto da integração vertical entre os serviços. Ou seja, os diferentes sistemas logísticos permitem que os diferentes pontos de atenção e sistemas de apoio, unidades produtivas de diferentes valores entre si, se complementem, resultando no objetivo final das RAS: a integralidade. O Quadro 1 apresenta os principais Sistemas Logísticos das RAS: cartão de identificação das pessoas usuárias; prontuário clínico; sistemas e acesso regulado à atenção à saúde; sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2011).

Quadro 1 – Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde.

Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde	Conceito
Cartão de identificação das pessoas usuárias	Ferramenta que identifica cada usuário do sistema de saúde segundo uma identidade numérica individual, registrando o histórico de serviços e procedimentos realizados, visando impedir redundâncias e onerar indevidamente o sistema.
Prontuário Clínico	Estratégia de comunicação efetiva entre os profissionais da equipe multiprofissional de saúde de todos os níveis de atenção frente a cada caso, objetivando a assistência integral do indivíduo. Para atingir tal objetivo, é necessário que seja uma ferramenta digital, permitindo o acesso remoto de todos os profissionais em interface com o usuário ao longo da rede.
Sistemas de acesso regulado	Sistemas mediadores entre a oferta e a demanda de internações, consultas e serviços especializados e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Além de racionalizar o acesso de acordo com riscos clínicos definidos pelos protocolos estabelecidos, também deve adequar a capacidade instalada de acordo com as necessidades da população por meio do subsídio das repactuações na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Sistemas de transporte em saúde	Permitem os fluxos e contrafluxos de pessoas (profissionais e usuários, podendo estes ser de emergência ou eletivos) e insumos pela rede, sendo essencial para acesso aos serviços prestados pela RAS, em especial os de alta escala, concentrados e afastados de boa parte da população.
---------------------------------	---

Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

O último componente da estrutura operacional das RAS é o **Sistema de Governança**. A governança das RAS é um sistema transversal a todas as redes temáticas que cuida de gerenciar as relações entre todos os outros componentes da estrutura operacional das RAS, sendo diferente, portanto, da gerência dos serviços, que correspondem à responsabilização sobre uma estrutura isolada, como um dos pontos de atenção da rede. Este arranjo organizativo entre os atores sociais proporciona bons resultados sanitários e econômicos quando presentes critérios como a participação de todos os atores envolvidos no processo, respeito ao princípio administrativo da legalidade, transparência, responsividade, mediação dos diferentes interesses, equidade, efetividade e eficiência, responsabilização e visão estratégica. No Quadro 2 são apresentadas as três dimensões essenciais da governança nas RAS (MENDES, 2011).

Quadro 2 – Dimensões da Governança das Redes de Atenção à Saúde.

Dimensões da Governança das RAS	Conceito
Desenho institucional	O desenho institucional pode se dar de modo totalmente fragmentado até a completa integração. Nas RAS deve se conformar de modo a contribuir para seu funcionamento eficiente, envolvendo a capacidade de escala dos serviços, e uniformização da prática por meio de protocolos clínicos que contribuem com a eficiência interna. Para isso, no SUS o desenho adequado é o matricial, em que se combinam redes temáticas e territórios sanitários, permitindo que, baseados nos princípios de escala e qualidade, certos serviços transcendam os limites regionais.
Sistema gerencial	A governança das RAS se dá por meio de instrumentos gerenciais eficazes implantados nos colegiados regionais que formam o sistema gerencial de governança das RAS. São estes instrumentos: processo de territorialização; planejamento estratégico; sistema de contratualização; sistema de monitoramento e avaliação; e o sistema de acreditação.
Sistema de financiamento	O sistema de financiamento da governança das RAS é formado pelos papéis extrativo, acumulativo e alocativo, e todas as etapas devem ser readequadas segundo os

	objetivos das RAS, tendo em vista que os sistemas de financiamento tradicionais foram implantados para um sistema cujo modelo de atenção era direcionado a condições agudas. O foco do sistema de financiamento deve ser a geração de valor para as pessoas (valor saúde) e não apenas o volume produzido, como enfocado nos sistemas de financiamento por procedimento.
--	--

Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

2.1.2 Modelo de Atenção à Saúde

O último elemento constituinte das RAS é o **Modelo de Atenção à Saúde** (MENDES, 2011). A necessidade de se reorganizar os sistemas de saúde, de modo integrado e com foco no usuário/população, está relacionada à transição das condições de saúde, que inclui os processos de transição demográfica, epidemiológica e tecnológica. A primeira é caracterizada pelo aumento da expectativa de vida, o que representa prospectivamente o crescimento da população idosa. A segunda diz respeito ao aumento da prevalência de doenças crônicas, e a última corresponde aos avanços na ciência e tecnologia, que eleva as habilidades dos sistemas de saúde em prolongar o tempo de vida do indivíduo e a convivência com os agravos de saúde inviáveis de cura (FILLIETTAZ et al., 2018; MENDES, 2011).

Apesar de não haver na literatura uma definição única de sistema de saúde integrado, seu conceito está relacionado a serviços de saúde contínuos, incluindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, em diversos locais de atendimento, os pontos de atenção à saúde, alocados em diferentes níveis de atenção e definidos de acordo com as necessidades de saúde do usuário (FILLIETTAZ et al., 2018; LYNGSØ et al., 2014).

A organização dos sistemas de saúde de modo integrado é apontada como parte fundamental para se superar as fragilidades econômicas instaladas e como alternativa sustentável frente à mudança do modelo de atenção à saúde (FILLIETTAZ et al., 2018; SUTER et al., 2009; VALENTIJN et al., 2015). Muitas são as estratégias adotadas pelos sistemas de saúde de todo o mundo para se construir sistemas integrados, incluindo serviços abrangentes e contínuos em toda a rede de cuidados, focados nas necessidades do usuário e em população definida, com seu envolvimento nos processos decisórios, regionalização com responsabilização por uma população definida territorialmente, atendimento multiprofissional e padronizado, sistemas de monitoramento e avaliação, sistemas de informação em saúde potentes, gestão com foco na centralidade na APS, integração do profissional médico, que tende a ser mais resistente frente a um sistema interprofissional integrado com

responsabilidade compartilhada pela tomada de decisões, estrutura de governança potente, e gestão financeira adequada com distribuição equitativa dos recursos (LYNGSØ et al., 2014; SUTER et al., 2009).

Diante dessas considerações, a organização do sistema de saúde segundo a lógica das RAS é oportuna para alcançar estrategicamente a integração do sistema de saúde, exigindo, então, novas formas de organização dos sistemas de saúde (Quadro 3) (MENDES, 2011).

Quadro 3 – Principais diferenças entre sistemas Fragmentados e Integrados de Atenção à Saúde.

Sistemas Fragmentados de Atenção à Saúde	Sistemas Integrados de Atenção à Saúde RAS
Componentes isolados	Pontos de Atenção Contínuos
Níveis hierárquicos	Rede poliárquica
Priorização da atenção a doenças agudas e agudizações de doenças crônicas	Orientado para a atenção a doenças agudas e crônicas
Voltado para indivíduos	Voltado para uma população
O sujeito é paciente	O sujeito é agente de saúde
Sistema é reativo	Sistema é proativo
Ênfase em ações reativas e reabilitadoras	Atenção Integral
Médico-centrado	Cuidado interdisciplinar
Gestão da oferta	Gestão de base populacional
Pagamento por procedimentos	Financiamento por captação ou por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde

Fonte: Adaptado de Mendes (2011).

Tendo em vista a adequada administração dos recursos financeiros dos sistemas de saúde, a mudança do modelo de atenção à saúde atende à necessidade de manejo adequado das condições crônicas, em crescimento, frente a seu alto custo econômico. A condução inadequada desta situação, por meio da lógica episódica e reativa de modelos de atenção a condições agudas historicamente estabelecidos, leva a resultados provisórios e onerosos, além de aumento da população não economicamente ativa (LYNGSØ et al., 2014; MENDES, 2011).

Segundo Valentijn e colaboradores (2013), a estrutura conceitual do cuidado integrado é dividida nos níveis macro, meso e micro. O nível macro está associado à integração do sistema, que exige uma combinação de diferentes estruturas, processos e técnicas adequados a cada realidade, de modo a ser possível responder às necessidades daquela população ao longo do seu contínuo de cuidados. No nível meso estão a integração organizacional e profissional. A integração organizacional está relacionada à extensão de serviços que são produzidos e

oferecidos, e permite o incremento de habilidades e expertise de diferentes organizações, incluindo integração horizontal e vertical, sendo fundamental em sistemas de saúde centrados na população. Incorporando a integração organizacional, dentro e entre elas, está a integração profissional, que promove o compartilhamento de competências, atribuições e responsabilidades, e corresponsabilização em processos de tomada de decisão e resolução de problemas. Por fim, no nível micro do cuidado integrado está a integração clínica, que se refere à coerência na assistência individual, cuja abordagem deve ser focada na pessoa, e não centrada na doença (VALENTIJN et al., 2013, 2015).

2.1.3 Manuscrito 1 - Redes de Atenção à Saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil

Tendo em vista a emergência do tema Redes de Atenção à Saúde no que tange à configuração do SUS, com destaque ao acesso ao contínuo de cuidados necessários aos pacientes, foi realizada uma análise documental a partir das teses e dissertações disponíveis no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Buscou-se analisar a tendência de investigação dos estudos brasileiros sobre o tema Redes de Atenção à Saúde, resultando no Manuscrito 1 desta tese, intitulado “Redes de Atenção à Saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil” e publicado na Revista de Enfermagem Anna Nery (ANEXO A) (PEITER et al., 2019).

2.2 CONTINUIDADE DO CUIDADO

O Decreto 7.508 de 2011 garante ao usuário do SUS a continuidade do cuidado em saúde, cujos fluxos devem ser pactuados pelas comissões intergestores (BRASIL, 2011a). A continuidade do cuidado é norteadada pelo princípio da integralidade da atenção, e deve ser proporcionada frente a um evento de saúde específico em que o indivíduo, não tendo suas demandas de saúde resolvidas pela APS, necessita transitar ao longo da rede (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Em revisão de literatura que buscou identificar o conceito atribuído à continuidade do cuidado em estudos publicados de 1948 a 2009, os autores desvelaram quatro conceitos relacionados principais: continuidade do atendimento; coordenação de cuidados; integração de cuidados; e cuidado centrado no paciente (UIJEN et al., 2012). A partir disso, evidencia-se

a falta de consenso entre os autores sobre a conceituação do termo (BAHR; WEISS, 2018; UIJEN et al., 2012).

Para Starfield (2002), a continuidade do cuidado consiste de arranjos dos serviços de saúde por meio dos quais a atenção é oferecida sequencial e ininterruptamente. De modo coerente a esta autora, Mendes (2011) indica que a continuidade do cuidado compreende um conjunto de serviços articulados com o objetivo de potencializar a coordenação dos cuidados ao longo do contínuo de atenção. Para isso, requerem-se padrões como atenção adequada às pessoas usuárias de acordo com suas necessidades individuais, acesso das pessoas usuárias aos níveis necessários de atenção, sistemas de comunicação entre os diferentes serviços e sistemas logísticos que permitam o trânsito dos usuários pelos pontos da rede.

Haggerty e colaboradores (2003) entendem a continuidade do cuidado como o grau de coerência, conexão e consistência, de acordo com a necessidade do paciente, em que uma série de eventos de cuidados em saúde é experienciada. A partir disso, pode-se entender que a continuidade do cuidado é produto da combinação de fatores como acesso adequado aos serviços de saúde, boas habilidades interpessoais entre usuários, profissionais e gestores, fluxo adequado de informações e coordenação do cuidado (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Cabe destacar que, no contexto do SUS, a APS é o ponto de atenção responsável pela coordenação do cuidado (MENDES, 2011), processo que envolve o provimento de uma combinação ordenada de serviços de saúde disponibilizados segundo a necessidade, sendo condição fundamental para a construção de fluxos de pacientes e informações coerentes que permitam a continuidade do cuidado (JOWSEY et al., 2016).

A continuidade do cuidado diz respeito a um conjunto de cuidados que necessita integração e comprometimento dos profissionais de saúde, e uma estrutura adequada para o fluxo de informações e coordenação destes cuidados, somados ao indispensável compromisso do usuário como protagonista no seu processo de saúde, diferenciando-se especialmente por seu foco no paciente e seu caráter temporal (BAHR; WEISS, 2018; UTZUMI et al., 2018). Independente da perspectiva adotada, é condição indispensável no que tange à assistência de pacientes com condições crônicas, emergentes e prevalentes no atual cenário de saúde, uma vez que exigem acompanhamento a longo prazo. (UTZUMI et al., 2018).

Encontrar estratégias para garantia da continuidade do cuidado se torna um processo complexo, tendo em vista a dificuldade de consenso sobre o conceito de continuidade do cuidado na literatura (BAHR; WEISS, 2018; UIJEN et al., 2012). Segundo Haggerty e colaboradores (2003), há três tipos de continuidade do cuidado que variam de acordo com a

perspectiva de cada um dos atores envolvidos: continuidade relacional, continuidade gerencial e continuidade informacional (HAGGERTY et al., 2003).

Para os usuários, a continuidade do cuidado está associada à experiência de ter um cuidado contínuo e coordenado ao longo de sua trajetória terapêutica, ou seja, a percepção de que os diferentes profissionais que o assistem têm conhecimento de seu histórico de saúde e atuam em sinergia uns com os outros, em um mesmo plano de cuidados. Para os profissionais, é a experiência de ter acesso às informações de saúde do paciente e de ter a garantia de que suas intervenções serão conhecidas e acessadas pelos demais profissionais ao longo da rede de atenção daquele paciente (BAHR; WEISS, 2018; HAGGERTY et al., 2003).

Cada perspectiva da continuidade do cuidado pode estar presente de forma mais evidente em cada realidade vivenciada, dependendo do tipo e configuração do cuidado. No entanto, todas estarão presentes nos variados contextos em que se busca um contínuo de cuidados coerente com as necessidades de saúde do usuário. Do mesmo modo, quando todas as dimensões estão ausentes ou acontecem de forma insuficiente, pode resultar em desfechos desfavoráveis na saúde do indivíduo (BAHR; WEISS, 2018).

A **continuidade relacional** é compreendida como uma relação terapêutica contínua ao longo do tempo entre o usuário e os profissionais da sua rede de atenção, o que gera um conhecimento acumulado sobre a situação de saúde do paciente e liga os cuidados realizados em experiências passadas, aqueles demandados atualmente, e os que ainda serão realizados, oferecendo ao paciente a percepção de garantia de cuidados futuros (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; UTZUMI et al., 2018). Essa perspectiva é a que mais se relaciona ao entendimento dos pacientes sobre o conceito global de continuidade do cuidado. Ou seja, de modo geral, para o usuário, a continuidade do cuidado existe quando presente o vínculo com o profissional ou a equipe de referência (BRAND; POLLOCK, 2018).

Desse modo, é importante ressaltar que não há continuidade do cuidado sem a participação ativa do paciente e família, bem como o compromisso dos profissionais envolvidos (HAGGERTY et al., 2003; UTZUMI et al., 2018). Apesar de ser mais demandada na APS, em função da sua posição de coordenadora do cuidado na rede de saúde, a continuidade relacional é importante para a continuidade do cuidado em todos os níveis de cuidado (HAGGERTY et al., 2003; MENDES, 2014).

Ainda, a continuidade relacional depende de uma coordenação do cuidado bem estruturada, enfatiza a relação de confiança e duradoura entre paciente e profissional cuidador/assistente, e é prejudicada pela rotatividade desse profissional com interrupção da relação de confiança, o que na realidade do SUS é representado pela equipe de ESF a que o

paciente é vinculado segundo o território (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; JACKSON et al., 2017). Dessa forma, a continuidade relacional do cuidado prevê que o paciente siga sua trajetória terapêutica ao longo da rede de saúde, com profissionais especializados e tratamentos tecnológicos tanto quanto necessários, mantendo paralelamente seu vínculo de confiança com o profissional de referência (JACKSON et al., 2017), o que podemos relacionar com o atributo de longitudinalidade da APS.

A **continuidade informacional** envolve a comunicação do paciente e seus cuidadores com os profissionais de saúde, assim como a comunicação entre os diferentes profissionais e prestadores presentes na trajetória de cuidados do paciente (BAHR; WEISS, 2018). Assim, a informação é como um fio que liga um cuidado a outro, e permite adequar cada abordagem à situação específica atual do usuário (HAGGERTY et al., 2003).

Nesse processo, tem destaque o uso das tecnologias de informação e registros adequados dos profissionais, que permitem resgatar a história de saúde prévia do usuário (UTZUMI et al., 2018). Frente a isso, a principal limitação para a continuidade informacional é dispor de sistemas de informação em saúde e sistemas logísticos potentes e bem estruturados (UTZUMI et al., 2018), transpondo a recorrente situação em que o paciente acaba sendo o principal informante sobre sua situação de saúde (JACKSON et al., 2017).

A **continuidade gerencial** diz respeito à prestação de serviços de modo oportuno em situações em que o paciente demande atenção de mais de um serviço ou profissional de saúde, adequando de modo sustentável a oferta e demanda em uma rede de atenção que suporte efetivamente a coordenação do cuidado (FREEMAN; HUGHES, 2010; HAGGERTY et al., 2003; MENDES, 2014; UTZUMI et al., 2018). Para tanto, a continuidade gerencial visa à integração entre serviços de saúde, incluindo os de diferentes instituições, em que distintos profissionais trabalhem de forma integrada e articulada, de modo que os cuidados se complementem. Protocolos e planos de gestão são instrumentos comumente utilizados para que os serviços de saúde sejam ofertados de modo complementar e em tempo oportuno (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; UTZUMI et al., 2018), além da necessidade de disponibilização de uma rede de serviços complexos e especializados de saúde e adequada coordenação do cuidado (JACKSON et al., 2017). Assim, se essas três dimensões são oferecidas, o paciente experienciará a continuidade do cuidado (NAERT et al., 2017).

As três dimensões da continuidade do cuidado apresentam-se frequentemente de forma hierárquica, em que cada elemento é necessário para o próximo, seguindo sequencialmente pela continuidade relacional, continuidade informacional e, por fim, pela continuidade gerencial. Nesse sentido, a continuidade do cuidado relacional, caracterizada pela relação

paciente e provedor do cuidado, depende da continuidade informacional para a garantia de armazenamento e transferência de informações entre profissionais prestadores através do tempo e da mudança de cenários de cuidado. Da mesma forma, as dimensões relacional e informacional da continuidade do cuidado exigem a articulação entre os serviços, de modo a vincular os cuidados em uma sequência lógica e sustentável, o que caracteriza a continuidade gerencial (BAHR; WEISS, 2018).

Nesta relação ao mesmo tempo hierárquica e sobreposta da continuidade do cuidado, a mudança no tempo permanece sendo um fator transversal em cada dimensão (BAHR; WEISS, 2018). Assim, de modo transversal a estas três perspectivas de continuidade do cuidado, o cuidado longitudinal apresenta-se em qualquer condição de continuidade do cuidado instalada. No entanto, é importante ressaltar que, embora incorpore o conceito de continuidade do cuidado, o cuidado longitudinal, quando presente de modo isolado, não constitui a continuidade (HAGGERTY et al., 2003).

Apesar de, na literatura internacional, o termo “continuidade do cuidado” também ser utilizado como sinônimo de longitudinalidade do cuidado, a longitudinalidade está associada ao vínculo por uma unidade de saúde para cuidados regulares, o que no contexto do SUS representa a APS. Isso porque o cuidado longitudinal diz respeito ao cuidado contínuo prestado ao longo do tempo. Sendo um dos atributos essenciais da APS, a longitudinalidade do cuidado é característica fundamental deste nível da atenção (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; STARFIELD, 2002).

Desse modo, o usuário pode ter uma situação de cuidado longitudinal estabelecida com sua equipe de referência da APS, mas, por limitação de oferta de serviços disponibilizados em outros pontos de atenção ou sistemas de apoio, ou pela dificuldade de acessá-los devido à deficiência de sistemas logísticos, não atinge a continuidade do cuidado ao longo da rede de atenção à saúde.

A continuidade do cuidado é considerada uma das características principais de um serviço de saúde de alta qualidade e pode ser facilitada pela adoção de intervenções como coordenação do cuidado, integração dos serviços de saúde e adoção de modelos estruturados de transição do cuidado (NAERT et al., 2017; UIJEN et al., 2012). Os efeitos da falta de continuidade de cuidados são redundâncias de serviços e ações de saúde e maiores taxas de hospitalizações, o que acarreta em custos extras para o sistema de saúde, além de influenciar negativamente os desfechos em saúde e a experiência do paciente, sobretudo daqueles com doenças crônicas (HUSSEY et al., 2014; MEIQARI et al., 2019).

É importante frisar que, frente às diferentes definições sobre continuidade do cuidado na literatura (HAGGERTY et al., 2003; MILLER et al., 2009; PASTOR SÁNCHEZ et al., 1997; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002; SAULTZ, 2003; STARFIELD, 2002), neste estudo será adotado o conceito proposto por Haggerty e colaboradores (2003).

Buscando verificar a abrangência e aprofundamento do estudo da continuidade do cuidado no Brasil, foi realizado um estudo documental de caracterização a partir das teses e dissertações brasileiras que tiveram como objeto de pesquisa a continuidade do cuidado. Esta pesquisa bibliográfica resultou no Manuscrito 2 da tese.

2.2.1 Manuscrito 2 – Continuidade do Cuidado em saúde: análise da produção científica brasileira

CONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a produção de dissertações e teses da área da saúde acerca da continuidade do cuidado no Brasil. **Método:** Estudo documental de abordagem quantitativa realizado entre junho e julho de 2018, a partir do termo “continuidade do cuidado”, na base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Incluíram-se 23 trabalhos, 18 dissertações e cinco teses, a maioria defendidos a partir de 2013, na Região Sudeste e em Programas de Pós-Graduação de Enfermagem. **Resultados:** Predominaram estudos qualitativos, do tipo descritivo-exploratório. Em 13 estudos apresentou-se o conceito ou revisão de literatura sobre continuidade do cuidado. As principais temáticas estudadas foram saúde da criança, doenças e condições crônicas e gestão do cuidado em saúde. **Conclusão:** Conclui-se que a baixa frequência de estudo da continuidade do cuidado em teses e dissertações brasileiras indica a necessidade de exploração da temática para aprofundamento do tema e efetivação.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em saúde; Níveis de Atenção à Saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado desde 2010 em Redes de Atenção à Saúde (RAS), arranjos organizativos compostos por serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que têm como objetivo estruturar os fluxos de atendimento e garantir a integralidade do cuidado. No contexto das RAS, a integração dos serviços é uma das estratégias para superação da fragmentação da assistência e promoção da continuidade do cuidado, sendo objeto de interesse dos profissionais e gestores inseridos no SUS (VERAS et al., 2014).

A fragmentação e desconexão dos serviços de saúde são adversidades hegemônicas presentes em sistemas de saúde do mundo todo. A superação dessas questões é um objeto importante de estudo e discussão no processo de transição dos modelos de atenção à saúde, e a integração dos serviços de saúde vem sendo um dos principais objetivos dos sistemas de saúde, tendo em vista sua contribuição para a continuidade do cuidado (BOUSQUAT et al., 2017).

A continuidade do cuidado em saúde pode ser definida pela maneira como o usuário vivencia e interpreta a integração dos serviços de saúde de que precisa, a conexão e coordenação entre eles, bem como o quão articulados e coerentes são o vínculo e a manutenção da atenção recebida ao longo do tempo no serviço de saúde de referência (BERENQUER-GARCÍA et al., 2018). A viabilização de cuidados ordenados e integrados pode contribuir para qualificação da assistência, diminuição de redundâncias das ações de saúde e da sobrecarga financeira ao sistema de saúde, além da importância atribuída a essa temática para a promoção da integralidade do cuidado (BERENQUER-GARCÍA et al., 2018; BOUSQUAT et al., 2017; VERAS et al., 2014).

No que tange aos processos de reflexão e qualificação das práticas de saúde, cabe ressaltar os avanços e contribuição das pesquisas científicas oriundas quase que totalmente dos espaços onde estão consolidados os Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*. Dessa forma, os cursos de mestrado e doutorado resultam em produtos que impactam diretamente na qualidade da assistência em saúde no país (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Apesar da contribuição da continuidade do cuidado para a otimização da oferta e qualificação das práticas em saúde, sua definição ainda não é unânime entre os autores, tratando-se de um termo multifacetado que acompanha diferentes interpretações (MEIQARI et al., 2019). Nesse sentido, cabe a reflexão acerca das dimensões que permeiam a continuidade do cuidado, fazendo-se necessária a discussão sobre os avanços alcançados no âmbito do SUS (VERAS et al., 2014). Diante do exposto, questiona-se: Como se configura a produção de dissertações e teses da área da saúde acerca da continuidade do cuidado no Brasil?

O objetivo deste trabalho foi caracterizar a produção de dissertações e teses da área da saúde acerca da continuidade do cuidado no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental de abordagem quantitativa realizado a partir da base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), disponibilizada em domínio público por meio eletrônico.

A coleta de dados ocorreu entre junho e julho de 2018, a partir da aplicação do termo “Continuidade do cuidado” no campo de busca da base de dados. Como critérios de inclusão, foram consideradas teses e dissertações desenvolvidas no cenário brasileiro, vinculadas à área do conhecimento de Ciências da Saúde, defendidas até o ano 2017, sem recorte inicial de tempo, e que apresentassem o termo “Continuidade do cuidado” como objeto de estudo. Para atender a este critério, foram considerados os trabalhos que apresentaram o termo no título ou objetivo do estudo. Foram excluídas as teses e dissertações não disponíveis na íntegra.

A busca inicial resultou em 162 estudos, dos quais 146 estavam vinculados à área da saúde e 145 foram defendidos até 2017. A seguir, procedeu-se à leitura do título e resumo desses 145 estudos. A partir dessa análise, constatou-se que 25 estudos apresentaram o termo “Continuidade do cuidado” como objeto de estudo. Porém, quatro trabalhos não foram encontrados na íntegra em meio digital e acesso público. Nesses casos, realizou-se contato por via eletrônica com os autores e orientadores dos trabalhos e mais dois estudos foram localizados, totalizando 23 teses e dissertações incluídas na etapa de análise dos dados.

Os dados foram coletados a partir do trabalho completo e organizados em planilha do *software* Excel[®] considerando: tipo de trabalho; ano de defesa; instituição de ensino superior (IES); nome do programa de pós-graduação; título; objetivo; palavras-chave; abordagem metodológica; cenário de estudo; participantes; referencial teórico; referencial metodológico; técnica de coleta de dados; método de análise de dados; conceito de continuidade do cuidado e referencial adotados; e principais resultados e conclusões. Os dados de caracterização dos trabalhos foram analisados por meio de estatística descritiva. A análise dos temas das teses e dissertações foi realizada por meio de análise de conteúdo, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação (BARDIN, 2011).

Por se tratar de pesquisa documental a partir de material disponibilizado em acesso público, não foi necessária submissão do projeto ao Comitê de Ética. Contudo, os aspectos éticos de autoria e referenciamento foram respeitados.

RESULTADOS

O total de trabalhos encontrados estava dividido em 18 (78,3%) dissertações de mestrado e cinco (21,7%) teses de doutorado. O primeiro trabalho foi defendido no ano 2006,

e 19 (82,6%) teses e dissertações foram defendidas após 2013. A maior produção de trabalhos é oriunda de programas de pós-graduação em Enfermagem (47,8%), e da Região Sudeste (65,2%). A caracterização dos trabalhos está apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática Continuidade do Cuidado.

		N	%
Ano de conclusão	2016 a 2017	8	34,8
	2014 a 2015	6	26,1
	2012 a 2013	6	26,1
	Até 2011	3	13,0
Programa de Pós-Graduação	Enfermagem	11	47,8
	Saúde coletiva / Saúde Pública	6	26,1
	Saúde da família	2	8,7
	Outros	4	17,4
Instituição de Ensino Superior	Universidade Federal de Minas Gerais	7	30,4
	Universidade Federal do Paraná	3	13,0
	Universidade Estácio de Sá	2	8,7
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	2	8,7
	Outras	9	39,2
Região do País	Sudeste	15	65,2
	Sul	4	17,4
	Nordeste	4	17,4

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação aos aspectos metodológicos, predominaram estudos de abordagem qualitativa (65,2%) e do tipo descritivo e/ou exploratório (30,5%). Os aspectos metodológicos das teses e dissertações analisadas estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Aspectos metodológicos das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática Continuidade do Cuidado.

		N	%
Abordagem metodológica	Qualitativa	15	65,2
	Quantitativa	6	26,1
	Quantitativa e qualitativa	2	8,7
Desenho de pesquisa / referencial metodológico*	Estudo descritivo e/ou exploratório	7	30,5
	Estudo de caso	3	13,0
	Estudo metodológico	3	13,0
	Teoria Fundamentada nos Dados	2	8,7
	Materialismo histórico dialético	2	8,7
	Estudo transversal	2	8,7
	Outros	4	17,4
Referencial Teórico	Materialismo histórico-dialético	4	17,4
	Teoria da Complexidade	1	4,3
	Interacionismo Simbólico	1	4,3
	Teoria das Representações Sociais	1	4,3

	Cuidado Baseado nas Forças	1	4,3
	Não identificado	15	65,4
Técnica de coleta de dados	Entrevistas abertas ou semiestruturadas	9	39,1
	Entrevistas associadas a outra técnica	6	26,1
	Análise documental	5	21,7
	Instrumento estruturado	3	13,0
Método de análise dos dados	Análise de conteúdo/temática	12	52,2
	Estatística descritiva e/ou inferencial	7	30,4
	Análise comparativa constante	2	8,7
	Outros	2	8,7
Participantes	Usuários e/ou familiares	9	39,2
	Profissionais, gestores e usuários	4	17,4
	Profissionais	4	17,4
	Profissionais e usuários	2	8,7
	Gestores	1	4,3
	Não se aplica	3	13,0
Cenário	Hospitalar	7	30,5
	Atenção Primária à Saúde (APS)	4	17,4
	Centro de Atenção Psicossocial	3	13,1
	APS e atenção secundária	2	8,7
	APS e contexto hospitalar	2	8,7
	Domicílio	2	8,7
	Unidade de Pronto Atendimento	1	4,3
	Serviço de Nutrição Infantil	1	4,3
	APS, atenção secundária e contexto hospitalar	1	4,3

*Segundo a definição dos autores dos estudos analisados

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação à sustentação teórica acerca da continuidade do cuidado, nove (39,1%) teses e dissertações definiram o conceito de continuidade do cuidado a partir de um único referencial específico, e quatro (17,4%) estudos especificaram o conceito de continuidade utilizado a partir dos pressupostos de mais de um autor. Porém, dez (43,5%) teses e dissertações não apresentaram o conceito ou revisão de literatura sobre o tema. A frequência com que cada referência esteve presente nos trabalhos, sozinha ou associada a outra, está apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 - Referências sobre Continuidade do Cuidado adotadas em teses e dissertações brasileiras da área da saúde.

Referência adotada	N (%)	Síntese do conceito
(HAGGERTY et al., 2013)	7 (30,4)	O grau em que uma série de eventos de assistência à saúde é vivenciada como coerente, conectada e consistente com as necessidades de saúde e o contexto pessoal do paciente.
(REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002)	3 (13,0)	O modo com que o paciente experiencia o seu cuidado ao longo do tempo, de forma coerente e conectada, sendo resultado de adequados fluxo de informações,

		relacionamento interpessoal e coordenação do cuidado.
(STARFIELD, 2002)	3 (13,0)	O acompanhamento de um indivíduo com problema de saúde específico por um médico ou equipe.
(PASTOR SÁNCHEZ et al., 1997)	3 (13,0)	Seguimento, por um mesmo médico, de um problema específico do paciente.
(SAULTZ, 2003)	2 (8,7)	Relação longitudinal entre os pacientes e aqueles que cuidam deles, que transcende múltiplos episódios de doença e inclui a responsabilidade pelo cuidado preventivo e a coordenação do cuidado.
(MILLER et al., 2009)	1 (4,3)	O modo como os pacientes experimentam a integração, consistência e coordenação entre os profissionais e serviços de saúde sobre os cuidados recebidos ao longo do tempo.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação aos temas dos trabalhos, foram identificados sete temas centrais: saúde da criança (n=7;30,4%); doenças e condições crônicas (n=5;21,7%); Gestão do cuidado em saúde (n=4;17,4%); Saúde mental (n=3;13,0%); Causas externas (n=2;8,7%); Saúde Bucal (n=1;4,3%); e Assistência farmacêutica (n=1;4,3%).

DISCUSSÃO

Apesar de o termo “continuidade do cuidado” ter sido encontrado na busca realizada em 145 teses e dissertações do Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES, o tema é comumente apresentado como desfecho almejado nos processos de reflexão e mudanças das práticas de saúde. Assim, pode-se dizer que, apesar do expressivo número de trabalhos utilizando o termo, ainda há dificuldade de entendimento do seu conceito e como ele pode ser operacionalizado, incitando a discussão dos processos e práticas que o envolvem.

Foi observado aumento da quantidade de teses e dissertações, especialmente a partir de 2013. No Brasil, a partir de 2011 os serviços de saúde passaram a ser orientados pela estrutura de redes de atenção, que visa, por meio da integração dos diferentes serviços, superar a fragmentação do cuidado e promover a integralidade da atenção. Nessa lógica, passa a ser imprescindível a organização dos fluxos, com comunicação entre os pontos de atenção, promovendo, assim, a continuidade do cuidado (VERAS et al., 2014), o que pode justificar o maior interesse na investigação deste tema nos últimos anos.

Outra questão relevante é o avanço da regulação em saúde, que tenta conter a discrepância entre demanda por serviços e recursos disponíveis (PEITER; CAMINHA; OLIVEIRA, 2017). A continuidade do cuidado também pode ser vista como uma forma de

rentabilizar o sistema, pois tenta reorganizar esse processo e corresponsabilizar seus partícipes. Nesse sentido, é compreensível que haja um interesse natural pelo tema continuidade do cuidado. No entanto, os fluxos não resultam, por si sós, em continuidade do cuidado, do contrário, mecanismos de referência e contrarreferência seriam suficientes para promovê-la.

O interesse na temática pelos programas de pós-graduação da área da Enfermagem corrobora com outros estudos relacionados à gestão em saúde que identificaram o destaque do enfermeiro na área. A predominância do enfermeiro nos postos de trabalho na gestão deve-se à ênfase dessa temática na formação do enfermeiro, o que acaba influenciando em sua atuação frente às dinâmicas das organizações. Assim, questões mais amplas no contexto da saúde, para além da atuação assistencial, passam a gerar questionamentos e incitar reflexões nesse profissional (SMITH, 2015).

Apesar da concentração de estudos em programas de pós-graduação em Enfermagem, cabe ressaltar que a discussão e reflexão sobre os processos de qualificação da atenção à saúde é responsabilidade de todas as disciplinas da área da saúde. A contribuição das diferentes profissões deve se dar por meio do pensamento crítico sobre seu escopo de atuação individual, com priorização do desempenho conjunto e cooperativo, visando à qualificação da saúde coletiva (SMITH, 2015). Em relação à origem dos trabalhos, a concentração das produções em instituições da Região Sudeste do país pode ser justificada pelo número de Programas de Pós-Graduação dessa região, que correspondem a 46,7% dos programas do país (CAPES, 2020a).

No que tange aos aspectos metodológicos das teses e dissertações, a predominância de estudos que utilizaram métodos qualitativos de pesquisa pode se justificar por esta abordagem ser indicada para a compreensão de experiências e significados em áreas de estudo complexas e sobre objetos pouco explorados (CROWE; INDER; PORTER, 2015), como no caso da continuidade do cuidado. A baixa frequência de estudos de abordagem quantitativa pode estar relacionada à falta de consenso acerca de um instrumento único padronizado no contexto internacional (ALLER et al., 2013) e ausência de instrumento específico para análise da continuidade do cuidado validado para uso no Brasil, o que pode ser resultado do recente início da exploração do tema no contexto nacional.

A incipiência no aprofundamento do tema justifica, ainda, a predominância de estudos descritivos e exploratórios, que são indicados frente à necessidade de elucidação da temática e quando se intenta caracterizar a realidade investigada e identificar problemas a serem mais bem abordados. Do mesmo modo, apesar de a adoção de um referencial teórico pelo

pesquisador permitir guiar a análise e a interpretação dos resultados, facilitando a compreensão de dado fenômeno, a presença de um referencial teórico foi identificada em apenas 34,8% dos estudos (ANDRADE et al., 2018).

Em relação à técnica de coleta de dados, as entrevistas aberta ou semiestruturada foram utilizadas em 65,2% das teses e dissertações. O uso frequente da entrevista nas pesquisas está associado à predominância de estudos de natureza qualitativa. Apesar de os dados poderem ser coletados por meio de diversas técnicas na pesquisa qualitativa, a entrevista é o método mais comum (CROWE; INDER; PORTER, 2015). Nesta técnica de coleta de dados, o pesquisador aproxima-se de significados, emoções, experiências e relacionamentos que não podem ser facilmente observados, encorajando reflexões profundas em um processo de construção conjunta das interpretações, fazendo com que seu uso seja indicado em pesquisas sobre os processos de saúde (ROSSETTO, 2014).

A análise de conteúdo e análise temática foram as técnicas de análise de dados mais utilizadas nos estudos analisados. Este fato demonstra coerência com o tipo de pesquisa mais frequente, descritiva e/ou exploratória, já que este tipo de desenho de estudo não dispõe de um método de análise específico. Ambos os métodos de análise fornecem estratégias para a organização e interpretação os dados qualitativos por meio da identificação de semelhanças e diferenças entre as experiências dos participantes. Esse processo leva à construção de categorias ou temas que fornecem uma compreensão narrativa sobre os dados analisados (CROWE; INDER; PORTER, 2015).

No tangente ao cenário da pesquisa, o contexto hospitalar e a APS foram os locais mais frequentes, presentes em dez (43,5%) e nove (39,1) estudos, respectivamente. A frequente investigação da continuidade do cuidado no contexto da APS justifica-se pela influência que a coordenação do cuidado, atribuída a este nível da atenção, tem sobre a continuidade do cuidado. Estudo transversal realizado no Reino Unido identificou que a continuidade do cuidado na APS, promovida pelo desenvolvimento de vínculo e longitudinalidade, está relacionada à diminuição de internações por condições sensíveis à APS, levando à simultânea melhora da assistência e redução de custos do sistema de saúde (BARKER; STEVENTON; DEENY, 2017).

Apesar da importância da articulação entre os serviços para a continuidade do cuidado, apenas cinco (21,7%) estudos foram desenvolvidos em mais de um ponto da rede. Frente a isso, constata-se a necessidade de estudos que investiguem a operacionalização da continuidade do cuidado ao longo do percurso assistencial do paciente na rede de saúde, uma vez que a continuidade do cuidado pressupõe coordenação do cuidado e integração entre os

diferentes serviços da rede de atenção à saúde visando à superação da fragmentação da assistência (UTZUMI et al., 2018; VERAS et al., 2014).

Em relação aos participantes dos estudos, os usuários foram os participantes de pesquisa em 15 (75%) das 20 teses e dissertações que envolveram pesquisa de campo. Considerando-se que a continuidade do cuidado está relacionada à satisfação do paciente e como este interpreta a coerência e conexão da assistência à saúde recebida (BARKER; STEVENTON; DEENY, 2017), observou-se coerência na escolha dos participantes dos estudos.

A definição do conceito de continuidade do cuidado foi apresentada em apenas 13 (56,5%) trabalhos. A escassez da definição e conceituação da continuidade do cuidado pode indicar a utilização do termo como sinônimo de longitudinalidade, coordenação do cuidado, transição do cuidado e até mesmo integralidade. Considerando-se que os trabalhos analisados adotaram a continuidade do cuidado como objeto de estudo, ressalta-se a importância da definição do conceito escolhido pelo autor para sustentar sua proposta de estudos (BAHR; WEISS, 2018; SCOCHI et al., 2015).

Dos 13 estudos que fundamentaram o conceito de continuidade do cuidado, sete (30,4%) utilizaram os pressupostos de Haggerty, Roberge e Freeman (HAGGERTY et al., 2013), sozinhos ou acompanhados de outros referenciais, sendo a referência mais utilizada nos estudos analisados. Reid, Haggerty e Mckendry (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002) e Starfield (STARFIELD, 2002) foram utilizados em três trabalhos (13,0%) cada. Cabe ressaltar a parceria entre Jeannie L. Haggerty e Robert J. Reid, ambos coautores dos dois primeiros trabalhos (HAGGERTY et al., 2013; REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Além disso, Barbara Starfield também é coautora da revisão de literatura (HAGGERTY et al., 2013) que buscou a definição de um consenso sobre o termo, em colaboração com J. L. Haggerty e R. J. Reid. Desse modo, observa-se que, embora haja variação no conceito de continuidade do cuidado definido em cada obra, não há indefinição conceitual do termo, uma vez que todos os conceitos expressam sentidos convergentes. Além disso, os conceitos são coerentes entre si, já que foram elaborados pelos mesmos autores.

A predileção das teses e dissertações pela obra de Haggerty, Roberge e Freeman (HAGGERTY et al., 2013) pode se justificar pela clareza da definição do termo, fundamentado com base em três perspectivas: continuidade relacional, continuidade informacional e continuidade gerencial. A partir disso, percebem-se semelhanças entre os conceitos definidos pelos demais autores e as diferentes dimensões propostas por J. L. Haggerty e R. J. Reid. Desse modo, é possível inferir que o referencial desses autores se

tornou mais popular por permitir uma compreensão mais abrangente do termo, que engloba os diferentes, e complementares, conceitos apresentados pelos demais autores.

No que se refere aos temas de investigação, a saúde da criança foi o tema mais frequente nos trabalhos analisados. Este fato justifica-se pela importância da continuidade do cuidado na atenção à saúde da criança, uma vez que está associada ao número de admissões em serviços de emergência e rehospitalizações (ARTHUR et al., 2013). A continuidade do cuidado frente a doenças e condições crônicas foi o tema de investigação de cinco (21,7%) trabalhos. Condições crônicas são aquelas que, por não serem passíveis de cura imediata, demandam acompanhamento de longo prazo e exigem, por vezes, a transição entre diferentes serviços da rede em busca da integralidade da assistência, controle da doença e aumento da sobrevida com melhora da qualidade de vida. No entanto, apesar da emergente mudança do modelo de atenção à saúde com foco nas condições crônicas, ainda há dificuldade na efetivação de modelos de continuidade do cuidado que promovam, em princípio, o vínculo com a APS para diagnóstico precoce de comorbidades e evitar hospitalizações sensíveis a este nível de atenção, e, em um segundo momento, que permitam a conexão dos cuidados especializados despendidos nos demais níveis de atenção com o cuidado longitudinal e de longo prazo da APS (BRAND; POLLOCK, 2018).

Estratégias de gestão para a promoção da continuidade do cuidado foram identificadas como temas de investigação em quatro (17,4%) estudos. Tais estratégias dizem respeito à dimensão da continuidade do cuidado referente à continuidade gerencial que engloba a organização dos fluxos da APS para a atenção especializada, bem como a integração entre os serviços e profissionais (BOUSQUAT et al., 2017). Nesse sentido, vem sendo discutido o potencial de contribuição do enfermeiro para favorecimento da continuidade do cuidado. Países como Canadá, Espanha e Portugal possuem serviços de saúde centrados na atuação do enfermeiro de ligação, estratégia de promoção da comunicação entre os diferentes níveis de atenção com o fim de contribuir na articulação entre os serviços e assegurar a continuidade do cuidado entre os diferentes cenários de saúde (MARTINS et al., 2018a).

Do total de teses e dissertações analisadas, três (13,0%) tiveram como objeto de estudo de processos envolvendo a área de saúde mental. A discussão sobre continuidade do cuidado nesse âmbito vem sendo ampliada nos últimos anos, como necessidade frente ao fenômeno da desinstitucionalização no âmbito nacional e internacional. Além disso, no Brasil, a atenção psicossocial é uma das RAS prioritárias do Ministério da Saúde, incitando a necessidade de reflexão sobre a qualificação dos processos de continuidade do cuidado nessa rede (GRAMA et al., 2016).

No que tange à transição demográfica, as morbidades decorrentes de causas externas são um importante fator na mudança do perfil epidemiológico. As condições de saúde que decorrem desses agravos são responsáveis por grande parte das internações hospitalares no SUS, suscitando o cuidado domiciliar acompanhado pela APS (PESSÔA et al., 2016).

Apesar do critério exigido na elaboração de teses de doutorado e dissertações de mestrado, pontua-se como limitação deste estudo a análise restrita a esses trabalhos, não abrangendo os resultados oriundos de outras pesquisas.

CONCLUSÕES

As dissertações e teses brasileiras da área da saúde acerca da continuidade do cuidado provêm em maior parte da Região Sudeste, de Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, com aumento importante a partir de 2013. Os temas mais investigados foram saúde da criança e doenças crônicas. Foi possível identificar que, apesar de muitos estudos não apresentarem o conceito de continuidade do cuidado, houve coerência entre as referências utilizadas, indicando que, apesar da falta de consenso do termo na literatura internacional, os estudos nacionais demonstram predileção pelo conceito apresentado por Jeannie L. Haggerty e colaboradores.

Além disso, o baixo número de dissertações e teses que apresentaram a continuidade do cuidado como objeto de estudo indica a necessidade de exploração da temática com vistas ao fortalecimento do entendimento conceitual aprofundado do tema na literatura brasileira, bem como sua operacionalização para fortalecimento das redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALLER, M.-B. et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. **International journal of integrated care**, v. 13, n. 4, p. e050, 2013. Disponível em: <<http://doi.org/10.5334/ijic.1160>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ARTHUR, K. C. et al. Quality of care for children with medical complexity: an analysis of continuity of care as a potential quality indicator. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 6, p. 669–676, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.009>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

ANDRADE, S. R. et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. e53598, 2018. Disponível

em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BAHR, S. J.; WEISS, M. E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, pp. e12704. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/ijn.12704>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARKER, I.; STEVENTON, A.; DEENY, S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. **BMJ**, v. 356, p. 1–9, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.j84>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BERENGUER-GARCÍA, N. et al. Validação do questionário CTM-3-modificado sobre a satisfação com a continuidade de cuidados: Um estudo de coortes. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 9–19, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5294/aqui>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

BRAND, S.; POLLOCK, K. How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1–2, p. 153–161, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jocn.13860>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CAPES. **Plataforma Sucupira - Cursos avaliados e reconhecidos**. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoRegiao.jsf>. Acesso em: 11 jul. 2020a.

CROWE, M.; INDER, M.; PORTER, R. Conducting qualitative research in mental health: thematic and content analyses. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 7, p. 616–623, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0004867415582053>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

GRAMA, M. M. et al. CONNECT - Uma medida de continuidade do cuidado em serviços de saúde mental: Adaptação transcultural e confiabilidade da escala. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 2, p. 140–148, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-208500000115>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

HAGGERTY, J. L. et al. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 3, p. 262–271, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1370/afm.1499>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

KANSAGRA, S. M. et al. Redefining the team in team-based care: role of public health. **NC Medical Journal**, v. 79, n. 4, p. 235–239, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.18043/nem.79.4.235>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MARTINS, M. M. et al. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare enfermagem**, v. 23, n. 2, pp. E58449. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

MILLER, A. R. et al. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: Parents' perspectives. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 242, p. 1–11, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-242>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PASTOR SÁNCHEZ, R. et al. Continuidad y Longitudinalidad en Medicina General en Cuatro Países Europeos. **Revista Española de Salud Pública**, v. 71, n. 5, p. 479–485, 1997. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000500006>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, v. 18, n. 1, p. 165–173, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p165>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

PESSÔA, L. R. et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 9–19, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611001>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

REID, R.; HAGGERTY, J. L.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

ROSSETTO, K. R. Qualitative research interviews: Assessing the therapeutic value and challenges. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 31, n. 4, p. 482–489, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0265407514522892>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of family medicine**, v. 1, n. 3, p. 134–143, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1370/afm.23>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SCOCHI, C. G. S. et al. Nursing Doctorates in Brazil: research formation and theses production. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 387–394, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0590.2564>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

SMITH, C. Exemplary leadership: How style and culture predict organizational outcomes. **Nursing Management**, v. 46, n. 3, p. 47–51, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000456659.17651.c0>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

UTZUMI, F. C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–8, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>>. Acesso em: 22 jul.

2020.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 2, p. 357–365, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

2.3 TRANSIÇÃO DO CUIDADO

A transição do cuidado é definida como o conjunto de ações que visam promover a transferência do paciente de um serviço de saúde a outro, de modo seguro e oportuno, por meio de modelos assistenciais que garantam a continuidade do cuidado (COLEMAN et al., 2006, 2007; COLEMAN; BOULT, 2003; HIRSCHMAN et al., 2015; KIM; THYER, 2015). Durante uma situação de doença, a assistência de um indivíduo pode demandar cuidados prestados em diferentes serviços e por múltiplos profissionais. O cuidado deste paciente pode se tornar fragmentado ao passo que diferentes componentes da rede de atenção à saúde funcionem de modo desarticulado uns dos outros (COLEMAN et al., 2002, 2006).

Frente à mudança do modelo de atenção à saúde, caracterizado principalmente pelo aumento da incidência e prevalência de condições crônicas, a necessidade de adaptação dos sistemas de saúde para adequação a este modelo emergente exige a integração entre os serviços que compõem a rede assistencial do usuário, para se atingir a integralidade do cuidado e superação da fragmentação da assistência. Por meio de sistemas logísticos potentes, tem-se na transição do cuidado ferramenta importante para oportunizar a trajetória do paciente pelos pontos de atenção e sistemas de apoio, ordenados pela APS, acompanhado de todas as suas informações de saúde, permitindo que receba assistência adequada e integral ao longo da rede, sem gerar redundâncias que onerem desnecessariamente o sistema (FLEMING; HANEY, 2013; MENDES, 2011; WEBER et al., 2017).

As intervenções relacionadas à transição do cuidado demonstram contribuir para a integralidade do cuidado, além da melhora do processo saúde/doença do indivíduo como um todo e da diminuição das taxas de reinternações hospitalares (MENDONÇA, 2017). No entanto, a maioria das transições entre os serviços acontece de maneira não planejada, não se diferenciando frente a condições agudas ou exacerbações de doenças crônicas (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005). Nesse sentido, variados modelos de transição do cuidado têm sido propostos com o intuito de qualificar o cuidado e amenizar os elevados custos da assistência à saúde (MENDONÇA, 2017).

Coleman e colaboradores (2002) identificaram quatro fatores ou domínios chave essenciais para o sucesso na transição do cuidado: 1) transferência de informações; 2) preparação do paciente e do cuidador; 3) suporte de autogestão; e 4) empoderamento para afirmar preferências. Estes fatores englobam, respetivamente, aspectos relacionados às orientações sobre as medicações, consideração de conveniências do paciente e cuidador na elaboração do plano de cuidados. Esse estudo foi base para o desenvolvimento de um instrumento que se propõe a avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio (COLEMAN et al., 2002)., sendo mais tarde adaptado e validado para uso no Brasil (ACOSTA et al., 2017). Contudo, apesar de amplamente utilizado em diversas populações, considera-se necessário pontuar que o modelo em questão foi desenvolvido com pacientes idosos.

Burke e colaboradores (2013), a partir de uma revisão de literatura, identificaram dez domínios contendo ações que devem fazer parte do processo de transição do cuidado ideal, indicando quem são os profissionais a quem é atribuída cada função e em que momento estas ações devem ser executadas. Estes domínios são: Planejamento da alta; Comunicação das informações; Disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações; Segurança da medicação; Educação em saúde promovendo autogerenciamento; Direcionamento do paciente a apoios sociais e comunitários; Planejamento avançado de cuidados; Coordenação de cuidados entre os membros da equipe; Monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta; e Acompanhamento ambulatorial (Quadro 5).

Quadro 5 – Dez domínios necessários para alcançar a transição ideal do cuidado.

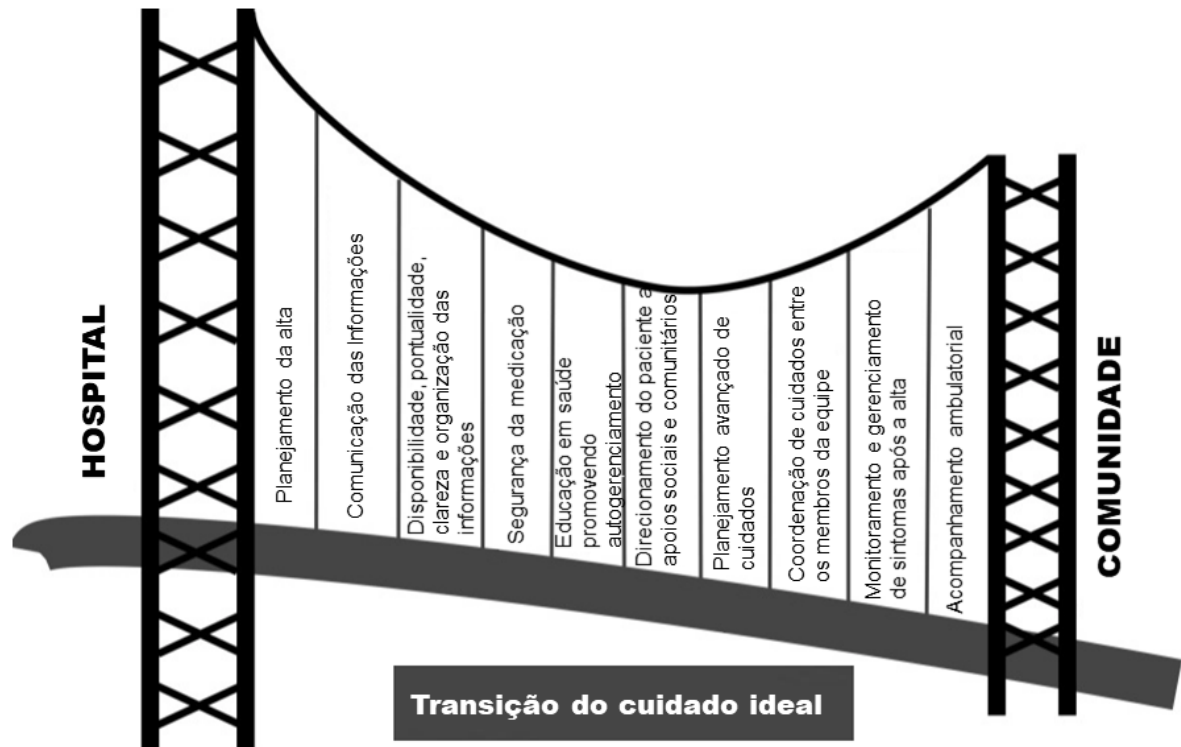
	Domínio	Descrição
1	Planejamento da alta	Envolve o planejamento antecipado da alta hospitalar ainda durante a internação e inclui o planejamento do acompanhamento ambulatorial.
2	Comunicação das informações	Refere-se às informações que devem ser registradas e transferidas aos demais serviços de acompanhamento do paciente.
3	Disponibilidade, pontualidade, clareza e organização das informações	O modo com que as informações de saúde do paciente vão ser disponibilizadas aos serviços de acompanhamento posterior, permitindo compreensão rápida dos cuidados assumidos previamente.
4	Segurança da medicação	Organização de um histórico acurado das medicações utilizadas pelo paciente com vistas a promover o uso racional e evitar eventos adversos.
5	Educação em saúde promovendo autogerenciamento	Corresponsabilização do paciente e familiar/cuidador sobre a sua situação de saúde,

		envolvendo-os nas tomadas de decisão, diagnósticos, e empoderando o usuário sobre seu autocuidado.
6	Direcionamento do paciente a apoios sociais e comunitários	Iniciativas para auxílio do paciente durante o período de recuperação que atuam como complemento para a assistência à saúde.
7	Planejamento avançado de cuidados	Envolve o estabelecimento de metas de atendimento, com vistas à prevenção das readmissões.
8	Coordenação de cuidados entre os membros da equipe	Diz respeito à sinergia de esforços entre os cuidados despendidos pelos diferentes provedores ao longo da rede de saúde do paciente.
9	Monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta	Monitorização do paciente com foco em novos ou repetidos sintomas, exacerbações, efeito colateral das medicações, não adesão ao tratamento e outros desafios referentes ao autogerenciamento.
10	Acompanhamento ambulatorial	Seguimento da assistência com provedores de saúde com foco no cuidado longitudinal.

Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013).

Os autores propuseram os dez domínios para o modelo ideal de transição do cuidado em uma estrutura análoga a uma ponte, em que é preciso que cada um deles esteja bem definido e organizado para que a transição se fortaleça. Assim, o primeiro domínio parte do hospital e, ao atravessar os dez domínios, o paciente chega à comunidade. Quando um dos domínios que sustentam a estrutura não se dá da maneira preconizada, a ponte, ou a transição do cuidado, é fragilizada (Figura 1) (BURKE et al., 2013).

Figura 1 - Dez domínios necessários para alcançar a transição ideal do cuidado.



Fonte: Adaptado de Burke et al. (2013).

O momento de transição entre um serviço ou ambiente de prestação de cuidado a outro, que pode acontecer dentro da mesma instituição ou ultrapassando os limites organizacionais, representa um ponto vulnerável para a ruptura da continuidade do cuidado (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; FREEMAN; HUGHES, 2010; HAGGERTY et al., 2013). Em revisão de literatura, Haggerty e colaboradores (2013) identificaram que esta descontinuidade é ainda mais propícia a acontecer na transição do cuidado a partir da alta hospitalar. Assim, quando bem estruturado o processo de transição do cuidado, mais orientado se sentirá o paciente a compreender o novo ambiente de cuidado e a entender onde e com quem buscar ajuda, resultando em um cuidado continuado (HAGGERTY et al., 2013).

A transição do cuidado no momento da alta hospitalar, em que o paciente retorna ao cuidado domiciliar, sob responsabilidade da APS ou de algum outro ponto da rede de atenção, é um momento particularmente sensível para a fragmentação do cuidado e exige atenção especial. O foco no autocuidado e a garantia de continuidade da assistência pelos demais serviços são desafios que, quando superados, acarretam na redução dos eventos de reagudização e das taxas de rehospitalização, fazendo da transição do cuidado uma excelente ferramenta para isso (COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; COLEMAN; ROMAN, 2015; FLEMING; HANEY, 2013; KIM; THYER, 2015; MEYERS et al., 2014; WEBER et al., 2017). Pacientes que recebem uma adequada atenção durante a transição de cuidado

possuem menores taxas de rehospitalização, quando comparados com aqueles que não recebem. Além disso, aqueles com adequada transição de cuidado experienciam período maior entre a alta e a próxima internação (KIM; THYER, 2015).

O problema das rehospitalizações, influenciado pela ausência ou incipiência da transição do cuidado a partir da alta hospitalar, apesar de resultar diretamente no aumento das demandas hospitalares, não é um problema limitado ao hospital, uma vez que é influenciado sobremaneira pela postura adotada pela APS (VALENTIJN et al., 2015; WEBER et al., 2017). Ademais, além de ser influenciado em múltiplos aspectos pelo cuidado desenvolvido em outros serviços para além do hospital, as rehospitalizações evitáveis influenciam o desperdício de recursos do sistema de saúde como um todo, demandando a preocupação e engajamento de todos os profissionais e serviços da rede (BURKE et al., 2013; KIM; THYER, 2015). O instrumento proposto por Burke e colaboradores (2013) deixa claro que o hospital, por si só, não é capaz de reduzir as taxas de readmissão, sendo necessário fortalecer as relações entre a rede de saúde (BURKE et al., 2013).

Na realidade brasileira, o planejamento de cuidados para a alta é normalmente realizado pelo enfermeiro, por vezes em conjunto com a equipe multidisciplinar, e o plano de alta, documento entregue ao paciente e família no momento da alta, costuma incluir informações referentes a diagnósticos prévios, histórico de procedimentos e condutas, orientações para administração de medicações, avaliação socioeconômica e orientações de acompanhamento após a alta. Além disso, são funções assumidas pelo enfermeiro na gestão da alta o auxílio na reabilitação social, educação em saúde e articulação com os demais serviços e acompanhamento pós-alta, em que se verifica sua reintegração com a família e comunidade da qual faz parte (MARTINS et al., 2018a; WEBER et al., 2017).

O acompanhamento pós-alta facilita a adesão ao tratamento e a verificação do seguimento correto das orientações e pode se dar por acompanhamento via telefone ou por consultas pós-alta. Também parte do processo de gestão de alta, a articulação do hospital com os demais pontos da rede, em especial a APS, embora pouco realizada na realidade brasileira, é a comunicação entre os serviços, realizada por sistemas logísticos estruturados, e permite a implementação de melhores práticas na continuidade dos cuidados pós-alta (WEBER et al., 2017).

São diversos os fatores que podem influenciar a qualidade da experiência de transição do cuidado, a exemplo das expectativas do usuário, seus níveis de conhecimento, autonomia, bem-estar emocional e físico, além do ambiente de cuidado e nível de planejamento da transição (SCHUMACHER; MELEIS, 1994). Dentre os aspectos associados a resultados

negativos em pacientes que fazem a transição do cuidado do ambiente hospitalar para o domicílio, estão a falta de envolvimento do paciente, comunicação ausente ou inadequada, falta de colaboração entre os membros da equipe, acompanhamento e monitoramento pós-alta limitados; ausência de estratégias para continuidade de cuidados; e lacunas graves nos serviços à medida que os pacientes se deslocam entre os contextos de cuidados (HIRSCHMAN et al., 2015).

Diante do contexto apresentado, é importante ressaltar o papel central desempenhado pelos familiares cuidadores, quando encorajados e engajados, para garantia da qualidade e segurança durante o momento vulnerável das transições. Apesar de ser reconhecida a necessidade de envolvimento dos familiares cuidadores na construção do plano de cuidados do paciente no momento de transição do cuidado, estes frequentemente não são reconhecidos como parte da equipe de cuidados, recebendo informações insuficientes e sentindo-se mal preparados para gerenciar as necessidades complexas do indivíduo com doenças crônicas no domicílio (COLEMAN; ROMAN, 2015).

Apesar da importância da temática e sua influência sobre a qualidade da assistência e bom aproveitamento dos recursos financeiros do sistema de saúde, no Brasil, mecanismos de transição do cuidado estão ausentes ou muito pouco estruturados nos serviços de saúde, e sua discussão na literatura ainda é incipiente (DAY; WITT; OELKE, 2016). Em busca realizada na Plataforma de Teses e Dissertações da CAPES, em julho de 2020, a partir do termo “Transição do cuidado”, identificaram-se 18 estudos (17 dissertações de mestrado e uma tese de doutorado). Destes trabalhos, um foi defendido em 2012, cinco em 2015, três em 2016, seis em 2017, um em 2018 e dois em 2019 (CAPES, 2020b), dos quais apenas um foi realizado com crianças, o que reflete a recente e incipiente exploração da temática no país.

2.4 ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde promovem condições favoráveis para efetivação da integralidade da atenção, além de otimizar os recursos financeiros por meio de maior racionalidade sistêmica (SILVA, 2011). O atendimento integral à saúde foi apresentado na Constituição Federal de 1988 como diretriz para a organização das ações e serviços de saúde que integram um sistema único (BRASIL, 1988). Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde apontou como princípios doutrinários do SUS a universalidade, integralidade e equidade, e como princípios organizacionais a descentralização,

hierarquização, regionalização e participação comunitária, norteadores da construção do sistema público de saúde (BRASIL, 1990a).

O cuidado integral é resultado dos múltiplos cuidados oferecidos ao indivíduo ao longo da sua trajetória pela rede de atenção à saúde, sendo influenciado pelas relações entre os múltiplos profissionais que compõem as equipes e pelo gerenciamento de enfermagem, fazendo do enfermeiro um potencial promotor do cuidado integral. A atuação do enfermeiro na promoção de um cuidado integral agrega, em sua perspectiva gerencial, ações de orientação, diálogo e negociação nas relações interpessoais, incluindo a equipe, paciente e família. Na perspectiva assistencial da atuação do enfermeiro, é necessário o fortalecimento do acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, independentemente do nível de atenção, para a consolidação do cuidado integral (SOUSA et al., 2017).

A atenção à saúde pautada na integralidade pressupõe direcionamento das ações às características individuais na certeza da inclusão de todos os indivíduos nas ações de saúde programadas (BRASIL, 2017). No que tange à saúde da criança, a integralidade da atenção à saúde permite seu desenvolvimento adequado, influenciando no bem-estar ao longo da vida (BRASIL, 2018).

No Brasil, desde a criação do Ministério da Saúde, diversas iniciativas foram criadas na busca do cuidado integral, como o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil em 1970, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança em 1984, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, e a Rede Cegonha em 2011 (ARAÚJO, et al, 2014).

A Portaria 1.130/2015 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, e apresenta dentre seus objetivos a promoção e proteção da saúde da criança por meio da atenção e cuidados integrais e integrados. Além disso, a portaria sugere especial atenção à saúde na primeira infância e populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2015).

Cabe esclarecer que, apesar de o ECA definir a idade limite da criança aos 12 anos incompletos, para efeitos da PNAISC, a criança é compreendida como a pessoa com idade entre zero e nove anos de idade (zero até completar 120 meses), sendo a primeira infância delimitada entre zero e cinco anos (zero até completar 72 meses) (BRASIL, 1990b, 2015).

No Brasil, estima-se que o número de crianças entre zero e nove anos de idade em 2020 represente 13,9% da população do país, sendo 7,0% de crianças entre zero e cinco anos (IBGE, 2020). Além disso, reforça-se o fato de a saúde da criança ser considerada prioridade por representar um grupo vulnerável e pelos impactos potenciais das ações de saúde no

presente e futuro, diminuindo iniquidades e favorecendo os níveis de saúde da população em gerações posteriores (BRASIL, 1988).

Dentre os princípios da PNAISC está a integralidade do cuidado que, além de envolver a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde da criança, também visa à “garantia de acesso a todos os níveis de atenção, mediante a integração dos serviços, da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Básica, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança em uma rede de cuidados e proteção social” (BRASIL, 2015, 2018 p.29).

A atenção integral à saúde da criança pressupõe vínculos fortalecidos entre a criança e o familiar cuidador e os profissionais que fazem parte da sua rede de cuidados nos serviços. Além disso, é fundamental a corresponsabilização dos sujeitos envolvidos no cuidado da criança (BRASIL, 2018). Nesse sentido, faz-se necessária a articulação entre a APS e a rede hospitalar, buscando-se garantir a continuidade do cuidado à criança após a alta hospitalar, operacionalizada por meio de instrumentos de comunicação entre as equipes dos diferentes serviços (relatórios de atendimento, telefone ou alternativas) (BRASIL, 2004).

Uma vez que a transição do cuidado representa um momento crítico para a garantia da manutenção e da qualidade da assistência, uma preocupação importante após períodos de internação hospitalar é em relação ao quanto os demais serviços estão preparados para atender esta criança de forma contínua após a alta (MOREIRA et al., 2017). Os enfermeiros têm papel decisivo no seguimento dado durante as diferentes fases da doença crônica, uma vez que são responsáveis por planejar e implementar ações de saúde para os pacientes e orientações aos familiares cuidadores, além da articulação com os demais serviços (REISINHO; GOMES, 2016).

A PNAISC apresenta a organização das ações e serviços de saúde em Redes de Atenção à saúde como uma de suas diretrizes. Assim, visa à estruturação das ações e serviços de saúde segundo a organização de redes, com articulação de profissionais e serviços que permita a troca de informações e saberes, garantindo a continuidade do cuidado da criança e promovendo a integralidade da atenção (BRASIL, 2018).

Ainda, a PNAISC se organiza a partir das ações e serviços de saúde das Redes de Atenção à Saúde em cada território, e se estrutura em sete eixos estratégicos: I) Atenção à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; II) Aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III) Crescimento e desenvolvimento integral; IV) Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V) Atenção integral à criança em situação de violências; VI) Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em

situações específicas e de vulnerabilidade; e VII) Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Em relação ao eixo IV, este prevê ações de prevenção, diagnóstico precoce e qualificação das condutas frente aos agravos prevalentes na infância e doenças crônicas, com estímulo para atenção domiciliar sempre que possível. Assim, inclui como estratégias a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado, e o fomento da atenção e internação domiciliar (BRASIL, 2015). Tendo em vista que o objetivo principal da PNAISC é garantir a integralidade da atenção às crianças, a política encontra na gestão do cuidado das doenças crônicas, que exige ampla gama de serviços e profissionais articulados em rede, seu principal desafio (BRASIL, 2018).

A abordagem às doenças crônicas no SUS pressupõe articulação entre os serviços de saúde, as ações de saúde realizadas em cada um deles, e entre os profissionais que compõem as equipes em cada ponto de atenção, promovendo, assim, a integração e conectividade na rede de atenção (BRASIL, 2014a). O Ministério da Saúde definiu cinco redes de atenção à saúde prioritárias, sendo uma delas destinada às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014b).

As condições crônicas são definidas como doenças relacionadas a causas múltiplas, que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta e prognóstico indefinido, com possíveis períodos de agudização, e cujo tratamento envolva mudanças no estilo de vida, em um processo de cuidado permanente que nem sempre leva à cura. Além disso, estas condições podem gerar incapacidades temporárias ou permanentes, requerendo muitas vezes o uso de tecnologias (BRASIL, 2013, 2014a). Na infância, essas condições são caracterizadas quando identificada a presença de função ou atividade social limitada, dependência do uso de medicamentos ou alimentação especial, uso prolongado de dispositivo tecnológico, necessidade de atendimento multiprofissional ou de uso dos serviços de saúde em frequência maior do que o usual para a idade, podendo ser de natureza congênita ou adquirida. Desse modo, a presença de um desses fatores por pelo menos três meses caracteriza a presença de condição crônica na infância (STEIN et al., 1993; MOREIRA et al., 2017; MOURA et al., 2017).

Além de possuírem taxa de mortalidade de 1,3% (MOURA et al., 2017), as doenças crônicas são responsáveis por grande parte das ocupações dos leitos hospitalares, além de estarem relacionadas à perda significativa e gradual de qualidade de vida (BRASIL, 2013). As causas mais frequentes de hospitalizações de crianças por doenças crônicas são doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do sistema nervoso. Além disso, a Região Sul do

país se destaca com a maior taxa de internação por condições crônicas dessa população, 394 por 100 mil habitantes (MOURA et al., 2017).

A Portaria 483/2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, tem como objetivo a promoção da atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas por meio da articulação entre os diferentes pontos da RAS demandados pelo paciente em sua trajetória terapêutica, contribuindo para a mudança no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2014a).

Dos componentes que estruturam a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, a APS tem como responsabilidade ofertar e coordenar o cuidado integral e contínuo. A atenção especializada, por sua vez, que pode ser ambulatorial ou hospitalar, tem a finalidade de promover a continuidade do cuidado por meio de ações de saúde de média e alta densidade tecnológica, em tempo oportuno e considerados os limites de escala. Ao subcomponente hospitalar, especificamente, cabe realizar avaliação, procedimentos clínicos e cirúrgicos de diagnóstico, tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas, por meio de cuidado integral e multiprofissional, além de alta programada com orientação do usuário para o autocuidado e encaminhamento adequado para a APS ou subcomponente ambulatorial (BRASIL, 2014a). No entanto, evidencia-se que, após a alta hospitalar, é comum a assistência à criança com condição crônica acontecer de forma fragmentada, com ausência de articulação efetiva entre os níveis de atenção, resultando em insatisfação e evasão do seguimento ambulatorial (VIEIRA et al., 2014).

Tendo em vista as especificidades da saúde da população infantil, além de sua vulnerabilidade intrínseca, evidencia-se a necessidade de uma abordagem especializada e diferenciada frente a crianças acometidas de doenças crônicas. No entanto, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas não prevê especificidades em relação ao manejo das condições crônicas em crianças. Desse modo, o planejamento das ações no SUS, que toma por base os programas e políticas do Ministério da Saúde, não prevê o cuidado direcionado às necessidades singulares de crianças com doenças crônicas e suas famílias (ABREU et al., 2015; NÓBREGA et al., 2017; VIEIRA et al., 2014).

Apesar da queda da taxa de fecundidade nos últimos anos, ou seja, diminuição do tamanho da população de crianças, evidencia-se aumento do número de crianças com condições crônicas. Este fato é resultado pela transição epidemiológica, influenciada pelas transições nutricional e tecnológica, acesso aos serviços de saúde, urbanização e mudanças culturais, que levou à alteração do perfil de morbimortalidade da população. Essa realidade resulta em maior sobrevivência da população infantil frente aos agravos de saúde, demandando

estratégias para impulsionar a qualidade de vida dessa população frente às comorbidades (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, é importante pontuar que:

Crianças com doenças crônicas, que antes exigiam tratamentos hospitalares ou mesmo perdiam a vida com facilidade, hoje são acompanhadas em ambulatórios de especialidades ou mesmo na Atenção Básica, com suporte daqueles ambulatórios quando necessário. O desenvolvimento de novas vacinas e drogas mais efetivas, os avanços na cirurgia pediátrica e outras terapias têm possibilitado melhora significativa no cuidado pediátrico, permitindo que crianças com doenças outrora de alta letalidade sobrevivam e tenham melhor qualidade de vida, em tratamento ambulatorial, ou mesmo em atenção/internação domiciliar, com menos situações de separação da convivência familiar para longas internações hospitalares (BRASIL, 2018 p.141).

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a mudança do modelo de atenção à saúde não acompanhou a transição do perfil epidemiológico. Doenças crônicas de longa duração coexistem com uma agenda de agravos decorrentes de doenças infectocontagiosas ainda não superada, criando novas demandas para o sistema de saúde e dificultando a abordagem adequada a cada condição (BRASIL, 2017, 2018; MEIQARI et al., 2019). O que muitas vezes é evidenciado na realidade dos serviços de saúde é uma sobrecarga dos profissionais com demandas espontâneas oriundas de agravos agudos e agudizações das condições crônicas, o que dificulta uma abordagem adequada ao manejo de longo prazo dessas doenças (DUARTE et al., 2015).

A busca pela integralidade da atenção da criança com condições crônicas demanda articulação entre ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis da RAS, sob coordenação da APS, com vistas à superação da fragmentação do cuidado (BRASIL, 2018). Os diferentes serviços de atendimento às crianças com condições crônicas devem ter uma efetiva organização regionalizada, sendo fundamental a definição de serviços de referência da RAS em cada Região de Saúde. Desse modo, é possível ampliar-se o acesso e promover-se relação solidária entre profissionais da APS e demais níveis de cuidado, “facilitando a prestação de serviços de saúde de qualidade, definição de responsabilidades, comunicação e a transferência segura quando necessária” (BRASIL, 2018 p.74).

A atenção integral à saúde da criança inicia-se na APS e é completada ao longo da rede de atenção à saúde, a depender do itinerário terapêutico demandado para cada paciente (BRASIL, 2018). A fragilidade da comunicação entre os serviços da rede, vazios assistenciais e incipiência na sistematização das informações são fatores que comprometem a integração do

sistema e fazem com que a garantia da continuidade do cuidado à criança com doença crônica ainda não tenha sido alcançada na RAS (NÓBREGA et al., 2017). “Um dos principais desafios para a atenção integral a estas crianças é que, além do tratamento específico de suas patologias, necessitam também de acompanhamento de puericultura na Atenção Básica e de integração entre esta e os serviços especializados” (BRASIL, 2018 p.73). Além disso, outro fator que influencia na continuidade do cuidado da criança com doença crônica é a insuficiência de vínculos entre família e equipe de saúde, o que compromete a longitudinalidade do cuidado na APS, fazendo com que o paciente retorne à atenção hospitalar frente a exacerbações de sinais e sintomas da doença não gerenciadas no nível primário (NÓBREGA et al., 2017; REISINHO; GOMES, 2016; SILVA et al., 2018).

A dificuldade da APS em estabelecer vínculos longitudinais com a criança com doença crônica e sua família pode ser resultado de uma desresponsabilização deste nível da atenção frente ao usuário que demanda acompanhamento em outros pontos da atenção (NÓBREGA et al., 2015, 2017). Outra situação recorrente é a retenção do paciente pela atenção especializada, de onde, por desenvolver vínculos de confiança com os profissionais, e não sendo contrarreferenciado, não retorna ao nível primário (DUARTE et al., 2015; SILVA et al., 2018). Reforça-se a importância do cuidado longitudinal da criança com doença crônica na APS, para além de visitas pontuais ou dispensação de medicamentos, de modo descaracterizado do papel central deste nível de atenção na RAS. Dessa maneira, seriam evitadas exacerbações dos sinais e sintomas e consequentes hospitalizações evitáveis, e sobretudo a procura da assistência hospitalar como primeira opção nestes casos, potencializando a rede de cuidados desse paciente (DUARTE et al., 2015; NÓBREGA et al., 2015; SILVA et al., 2018; VIEIRA et al., 2014).

Apesar de a APS, na organização das redes de atenção, posicionar-se estrategicamente como a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, especialmente frente às condições crônicas, é necessário engajamento de toda a rede de atenção, para além da APS, no esforço de alcançar uma atenção integral, direcionada e específica à criança (NÓBREGA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Desse modo, a atenção especializada precisa estar adequadamente integrada com a APS para que ocorra a continuidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A fragilidade da continuidade do cuidado à criança na RAS compromete ainda mais seu estado inerente de vulnerabilidade. O cuidado fragmentado normalmente observado nos serviços de saúde não contempla a complexidade e singularidade da saúde da criança, resultando na ruptura da continuidade do cuidado e comprometendo a estabilidade do seu estado de saúde, uma vez que influencia nas alterações constantes do seu quadro clínico e

resulta em maior frequência de internações hospitalares (DUARTE et al., 2015; MOREIRA et al., 2017; NÓBREGA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Essa realidade, além de influenciar na qualidade dos serviços e das ações ofertadas, repercute em sobrecarga tanto para a família cuidadora, quanto para o sistema de saúde (NÓBREGA et al., 2015; SILVA et al., 2018).

A sobrecarga gerada pelo gerenciamento da condição crônica da criança sobre os familiares cuidadores é outro fator que demanda atenção da equipe de saúde, inclusive, sobre o risco de incremento de vulnerabilidade para a criança. A PNAISC visa ao fomento da atenção domiciliar como estratégia para garantia da continuidade do cuidado, com atenção integrada à rede de atenção. Por meio do Serviço de Atenção Domiciliar o usuário é acompanhado pela equipe de saúde da família, NASF ou equipe multidisciplinar de atenção domiciliar, por tempo indeterminado, em caso de doenças de longa permanência, ou por tempo limitado, em situações de agudizações, tendo como objetivo a melhora da qualidade de vida de crianças e famílias (BRASIL, 2018).

O estabelecimento dos fluxos de assistência na RAS prepara o paciente e família, facilita a continuidade do cuidado e contribui para o sentimento de satisfação do usuário sobre o cuidado recebido ao longo da rede (NÓBREGA et al., 2017; SILVA et al., 2018). Frente a esta conjuntura, vale ressaltar que a integração das redes de atenção depende do engajamento dos profissionais dos diferentes pontos de atenção, em uma soma de esforços para promover a comunicação, levando à integralidade da atenção (BRASIL, 2018; SILVA et al., 2018). Nesse sentido, a comunicação efetiva da família cuidadora sobre a situação de saúde da criança aumenta a satisfação do usuário com as ações de saúde recebidas e fortalece o vínculo estabelecido entre a família e os profissionais em todos os pontos de atenção, sendo necessária em todos os serviços ao longo da rede (SILVA et al., 2018; VIEIRA et al., 2014).

As lacunas no sistema de referência e contrarreferência, a ineficiência da comunicação entre os serviços e profissionais da rede de atenção à saúde, a fragilidade de integração do sistema de saúde levam crianças com condições crônicas e suas famílias a uma peregrinação pelos serviços de saúde. Associado a isso, evidencia-se o problema das reinternações, produto dos processos falhos de gerenciamento da alta hospitalar e de transição do cuidado a partir do período de hospitalização, e da ausência de uma rede integrada apta a receber este paciente e oportunizar a continuidade do cuidado (NÓBREGA et al., 2017).

2.5 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

O interesse em aprofundar o olhar sobre a translação do conhecimento surgiu da realização do estágio doutoral sanduíche na *University of British Columbia, campus Okanagan* no Canadá, sob supervisão da professora Dra. Nelly D. Oelke. Além de sua expertise sobre a temática da transição do cuidado e continuidade do cuidado, que contribuiu substancialmente para o desenvolvimento desta tese, a Dra. Oelke vem desenvolvendo seus estudos sobre a translação do conhecimento, objeto ainda muito incipiente no contexto brasileiro e que tem destaque no cenário de pesquisa do Canadá (LORENZINI et al., 2019).

A incorporação à prática dos conhecimentos revelados a partir de pesquisas é um processo tradicionalmente lento, o que dificulta a inovação na prática em saúde (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Por esse motivo, o desenvolvimento de pesquisa, por si só, não garante a incorporação dos resultados ao cenário prático na área da saúde, não sendo garantida, então, sua ampla implementação e impacto em mudanças da prática. Nesse sentido, a Translação do Conhecimento é entendida como estratégia para alcance desses objetivos (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

Translação do conhecimento é um conceito amplo que não se resume à publicação dos resultados de pesquisa, divulgação ou disseminação do conhecimento (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Trata-se do movimento de transformar conhecimento em ação, englobando tanto a criação, quanto a aplicação do conhecimento na prática (GRAHAM et al., 2006; STONE et al., 2010).

O termo “Translação do Conhecimento” deriva do inglês *Knowledge Translation* (KT). A expressão surgiu no Canadá e é definida pelo *Canadian Institute of Health Research* (CIHR) como um processo dinâmico e iterativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento, que busca qualificar a assistência à saúde por meio de serviços e produtos de saúde mais eficazes e do fortalecimento do sistema de saúde (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020; MALLIDOU et al., 2018).

Mais de 300 termos são utilizados de forma análoga à KT em todo o mundo, dentre eles, utilização de conhecimento, implantação do conhecimento, transferência de conhecimento, troca de conhecimento, captação de pesquisa, mobilização de conhecimento, utilização de pesquisa, pesquisa para ação, difusão, disseminação e implementação (GRAHAM et al., 2006; MALLIDOU et al., 2018; MURUNGA et al., 2020).

O processo de KT pressupõe variados níveis de intensidade e complexidade de interação entre pesquisadores e usuários do conhecimento. Frente a isso, é importante destacar o conceito de usuários do conhecimento. No que tange à translação do conhecimento, os usuários do conhecimento são aqueles indivíduos prováveis de utilizarem o conhecimento

gerado por meio da pesquisa, fundamentando sua participação e contribuição na tomada de decisão no que tange a políticas e práticas em saúde (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

Cabe destacar os quatro elementos da Translação do Conhecimento: 1) Síntese; 2) Divulgação; 3) Troca; 4) Aplicação ética do conhecimento. É importante lembrar que esses elementos se complementam em uma perspectiva não linear. O primeiro elemento da KT é a **síntese**, que se caracteriza pela contextualização e integração dos achados de pesquisa no campo da prática, expondo os métodos adotados na elaboração da pesquisa. Exemplos de sínteses incluem revisões sistematizadas da literatura e *guidelines* (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

A **divulgação** é o segundo elemento da KT. Esse elemento envolve a identificação do público adequado para consumo do conhecimento em questão e sua disseminação por meio da adequação da mensagem a este público. Esse processo de disseminação do conhecimento pode abranger resumos, sessões de educação em saúde envolvendo pacientes, profissionais e gestores, de modo a engajar os usuários do conhecimento nas mudanças da prática (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

O terceiro elemento é a **troca** de conhecimento, uma via de mão dupla entre os usuários do conhecimento e os pesquisadores, resultando em aprendizado mútuo e soluções colaborativas que beneficiem todos os atores envolvidos. Por fim, a **aplicação ética do conhecimento** é o quarto elemento da KT. Esse elemento compreende o modo com que as evidências serão aplicadas na prática. Ou seja, o modo iterativo com que o conhecimento é colocado em prática, seguindo os preceitos éticos, além de normas sociais e marcos regulatórios e legais (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

É importante salientar, ainda, as diferenças entre as duas estratégias possíveis da KT: 1) *Integrated Knowledge Translate*; e 2) *End of Grand*. Na estratégia **End of Grand**, os pesquisadores buscam conscientizar os usuários do conhecimento sobre os achados adquiridos na pesquisa. Essa estratégia refere-se à incorporação prática do conhecimento científico ao final do processo de pesquisa, e está ligada às atividades de comunicação e divulgação do conhecimento (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

Por outro lado, na estratégia **Integrated Knowledge Translate** os usuários do conhecimento participam de todo o processo de pesquisa, começando desde antes do início da pesquisa propriamente dita, em que pesquisadores e usuários do conhecimento, incluindo profissionais, usuários do sistema de saúde, tomadores de decisão e gestores, participam juntos de todo o processo de orientação da realização da pesquisa, desde seu planejamento até

a integração dos resultados à prática (BOLAND et al., 2020; CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020; LORENZINI et al., 2019).

Dessa forma, os usuários do conhecimento participam com os pesquisadores desde a definição da pergunta de pesquisa, contribuindo com sua visão sobre os problemas e prioridades do campo prático. Além disso, colaboram na escolha da metodologia, estão envolvidos no processo de coleta de dados, contribuem na interpretação dos achados e auxiliam na divulgação dos resultados (BOLAND et al., 2020; CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020; LORENZINI et al., 2019). Trata-se, portanto, de um processo de cocriação dinâmica e interativa do conhecimento que possibilita respaldo à tomada de decisão, construção de políticas e mudança na assistência à saúde (BOLAND et al., 2020; OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A partir disso, diversas estruturas ou processos são descritos na literatura como orientadores da implementação da translação do conhecimento: conhecimento para a ação; teoria da difusão de inovações; abordagem focada na utilização; ação de promoção da pesquisa; implantação em serviços de saúde; participação pública, dentre outras (MALLIDOU et al., 2018).

Nesse contexto, destaca-se a estrutura Conhecimento para a ação, termo derivado do inglês *Knowledge to action*. A estrutura ou processo Conhecimento para a ação versa sobre a relação criação-ação do conhecimento, com participação dos usuários do conhecimento em todas as etapas de criação do conhecimento (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020; LORENZINI et al., 2019). É representada visualmente pela figura de um funil, transmitindo a ideia de que o conhecimento precisa ser cada vez mais adaptado, até que esteja preparado para ser aplicado. Esse processo de adaptação para aplicação do conhecimento é composto por três fases, em que no topo do funil está o conhecimento produzido pelas pesquisas, passando por sua síntese, até chegar nos produtos e instrumentos prontos para serem aplicados, representando a parte mais estreita do funil (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020).

Contudo, é importante salientar que essas três fases não são necessariamente sequenciais. As setas circulando a figura do funil indicam que a criação do conhecimento pode influenciar sua aplicação em qualquer momento (CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH, 2020). Além disso, esse funil é permeado pelo ciclo de ação, uma cadeia de sete fases interrelacionadas entre si que podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente. Esse ciclo representa as atividades relacionadas ao uso ou aplicação do conhecimento, ou seja, atividades necessárias para a ação (CANADIAN INSTITUTE OF

HEALTH RESEARCH, 2020; GRAHAM et al., 2006). A versão traduzida para o português desta estrutura está publicada em acesso aberto disponível para consulta (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

A literatura destaca três categorias principais de competências necessárias à KT: conhecimento, habilidades e atitudes. A categoria **conhecimento** diz respeito ao entendimento do contexto para a realização das atividades de KT, dos processos de desenvolvimento de pesquisas e divulgação do conhecimento. A segunda categoria de competências, nomeada de **habilidades**, refere-se à capacidade de administrar e liderar as equipes de saúde para uma atuação colaborativa, de modo a permitir a síntese, compartilhamento e disseminação dos achados científicos, fundamentando mudanças a partir das necessidades dos atores envolvidos, possibilitando, assim, o aumento da qualidade e efetividade dos serviços de saúde. Por fim, a categoria **atitudes** inclui valores e inclinações pessoais dos profissionais que influenciam na KT. Como exemplos, destacam-se a autoconfiança, confiabilidade, ética, valorização do trabalho em equipe, e interesse no autodesenvolvimento (MALLIDOU et al., 2018).

No que diz respeito à realidade brasileira, estudo transversal que analisou as pesquisas em enfermagem desenvolvidas em um hospital universitário de grande porte identificou que, dos 99 projetos incluídos na pesquisa, nenhum deles apresentava previsão de estratégias de KT. Além disso, dos pesquisadores entrevistados, 30,6% afirmaram não conhecer o conceito de translação do conhecimento, revelando terem tido contato com o termo pela primeira vez durante a realização da entrevista (CAMARGO et al., 2018).

Especialmente no que se refere à disseminação da KT no Brasil, destacam-se as limitações referentes à familiaridade com o tema. Outro fator a ser pontuado é a falta de incentivo a um plano de KT para os novos projetos de pesquisa por parte das agências de fomento, o que é observado no Canadá, onde a maioria das agências financiadoras exige esse detalhamento antes da aprovação dos projetos (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). Embora esteja aumentando o interesse no tema nos últimos anos, o Brasil possui poucos modelos e experiências incipientes na aplicação da KT, especialmente nos estudos da área da enfermagem e saúde (ACOSTA; OELKE; LIMA, 2017).

Como forma de promover a translação do conhecimento dos resultados desta pesquisa por meio da estratégia *End of Grand*, uma vez que as ações foram desenvolvidas apenas ao final da pesquisa e não contaram com a participação de todos os atores envolvidos, foi elaborado um vídeo representativo do modelo teórico e da integração dos dados quantitativos

com o objetivo de proporcionar maior disseminação e rapidez no acesso aos resultados. O vídeo pode ser visualizado neste [link](#) disponível no canal do YouTube® do GEPADES.

3 MÉTODO

Neste capítulo, serão abordados os procedimentos metodológicos adotados para a realização da pesquisa, divididos em: 1) Desenho da pesquisa; 2) Local do Estudo; 3) Etapa Qualitativa; 4) Etapa Quantitativa; 5) Integração dos Dados; 6) Considerações Éticas; e 7) Doutorado Sanduíche.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

Tendo em vista a definição da pergunta de pesquisa e o delineamento do objetivo, foi realizado um estudo de métodos mistos, a partir de um estudo quantitativo, do tipo analítico transversal, e um estudo qualitativo, do tipo Teoria Fundamentada nos Dados.

A utilização de métodos mistos em pesquisas é indicada por permitir uma compreensão mais profunda sobre comportamentos e significados acerca do objeto de pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013; INGHAM-BROOMFIELD, 2016). A pesquisa de métodos mistos permite a condução de pesquisas de modo a incorporar os diferentes olhares na análise de um fenômeno, somando uma compreensão holística a uma visão cartesiana sobre um mesmo objeto (ANDREW; HALCOMB, 2009).

O início do uso desta abordagem é atribuído aos estudos de Campbell e Fiske em 1959, na área da Psicologia, que sugeriram a inclusão de múltiplas fontes de dados em seus estudos. A partir disso, várias publicações buscavam descrever e definir esta abordagem de pesquisa, e ao final dos anos 1980 diversos autores de variadas áreas e países passaram a definir o conceito de métodos mistos. A ideia de combinação entre dados quantitativos e qualitativos evoluiu no início da década de 1990, na busca de convergências entre os achados de ambas as abordagens, no intuito de reforçar uma à outra (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

A pesquisa de métodos mistos é uma metodologia que une pontos de vista e inferências de duas abordagens metodológicas distintas. Também é definida como a união de múltiplas maneiras de ver, ouvir e extrair sentido do mundo social, tendo como propósito a ampliação e profundidade de entendimento, indo além da apresentação isolada de dados qualitativos e quantitativos em um mesmo estudo (ANDREW; HALCOMB, 2009; CRESWELL; CLARK, 2013). Desse modo, uma pesquisa é caracterizada como de métodos mistos quando envolve a coleta de dados tanto qualitativos quanto quantitativos, ou métodos

diferentes referentes à mesma abordagem metodológica, contanto que estes dados sejam combinados entre si em algum momento da pesquisa (ANDREW; HALCOMB, 2009).

Referida como terceiro movimento metodológico (CRESWELL; CLARK, 2013), essa abordagem permite responder a uma questão de pesquisa a partir de mais de uma perspectiva, garantindo a diminuição de lacunas nos resultados coletados, uma vez que as limitações de um método podem ser compensadas pelas potencialidades do outro. Desse modo, a pesquisa de métodos mistos leva a uma explanação mais rica dos resultados, suprindo as limitações que estudos qualitativos (como o viés gerado pelas interpretações pessoais do pesquisador sobre os dados e sua dificuldade de generalizações) e quantitativos (como a impossibilidade de escutar diretamente os participantes) possam apresentar isoladamente, e enriquecendo as fontes para o estudo do problema de pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013; INGHAM-BROOMFIELD, 2016).

Creswell e Clark (2013) identificaram seis tipos de estratégias para realização de um estudo de métodos mistos, as quais são representadas pelos chamados de sistema de notação. A escolha da estratégia de pesquisa deve levar em conta o problema de pesquisa, que deve se beneficiar particularmente pela pesquisa de métodos mistos. Desse modo, a escolha da estratégia a ser utilizada em uma pesquisa de métodos mistos depende do objetivo do pesquisador com a mixagem de abordagens. Cabe ressaltar que nem todas as situações se adaptam à pesquisa de métodos mistos, havendo problemas de pesquisa que exigem o desenvolvimento da pesquisa por meio da abordagem qualitativa ou quantitativa individualmente. No entanto, há problemas de pesquisa frente aos quais uma única abordagem metodológica pode ser insuficiente. Assim, para cada situação há uma estratégia de pesquisa recomendada (Quadro 6) (CRESWELL; CLARK, 2013).

Quadro 6 – Estratégia de pesquisa de método misto recomendada para cada problema de pesquisa.

Problema de pesquisa	Descrição	Estratégia recomendada
Uma única fonte de dados pode ser insuficiente.	As limitações de um método podem ser compensadas pelas potencialidades de outro. Nesses casos, a integração de dados qualitativos e quantitativos permite um entendimento mais completo do problema.	Paralelo-convergente
Há necessidade de explicar os resultados iniciais.	Os resultados quantitativos requerem maior compreensão, então, uma segunda base de dados (qualitativa) é usada para ajudar a explicar a primeira (quantitativa).	Sequencial explanatório

Há necessidade de generalizar os achados exploratórios.	Os investigadores podem não saber as perguntas que precisam ser formuladas, as variáveis que necessitam ser medidas e as teorias que podem guiar o estudo. Nesse caso, uma primeira fase qualitativa exploratória é seguida de uma segunda fase quantitativa que visa testar se os achados qualitativos podem ser generalizados.	Sequencial exploratório
Há necessidade de melhorar um estudo com um segundo método.	Um segundo método de pesquisa pode ser adicionado ao estudo, dentro do método de pesquisa primário, para proporcionar um entendimento melhorado de alguma fase da pesquisa.	Incorporado
Há necessidade de empregar melhor uma postura teórica.	Uma perspectiva teórica é requerida, proporcionando uma estrutura para a coleta de dados de um estudo que busca produzir mudança social ou proporcionar uma lente por meio da qual todo o estudo poderia ser examinado.	Transformativo
Há necessidade de entender um objetivo de pesquisa por meio de múltiplas fases da pesquisa.	Em projetos que abrangem vários anos e têm muitos componentes, os pesquisadores podem precisar conectar vários estudos para atingir um objetivo geral.	Multifásico

Fonte: Adaptado de Creswell & Clark (2013).

Estas estratégias resultam da combinação de quatro aspectos que precisam ser considerados no planejamento para realização de uma pesquisa mista: distribuição de tempo, atribuição de peso, combinação e teorização (Quadro 7).

Quadro 7 – Aspectos a serem considerados no planejamento para um estudo de métodos mistos.

Distribuição de tempo	Atribuição de peso	Combinação	Teorização
Seqüência não ocorrida	Igual	Integrando	Explícita
Dados qualitativos coletados primeiro	Qualitativa	Conectando	
Dados quantitativos coletados primeiro	Quantitativa	Incorporando	Implícita

Fonte: Creswell (2010).

A **distribuição de tempo** diz respeito ao curso da coleta de dados, considerando se os dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitante ou sequencialmente, e, neste

caso, qual abordagem é realizada primeiro. Essa escolha também está relacionada à intenção do pesquisador, se pretende priorizar os dados qualitativos ou quantitativos, ou atribuir o mesmo peso a ambos (CRESWELL, 2010).

Atribuição de peso refere-se à abordagem enfatizada pelo autor no estudo. Uma abordagem pode ser priorizada em relação à outra, ou ambas podem ter o mesmo peso. A atribuição de peso depende da sequência de desenvolvimento das duas abordagens, da extensão do tratamento analítico de um tipo ou outro de dados, e, principalmente, do intuito do pesquisador com a mixagem de dados, se por meio de uma abordagem indutiva (geração de temas na abordagem qualitativa) ou dedutiva (testagem ou generalização de uma teoria) (CRESWELL, 2010).

A **combinação** diz respeito à mixagem dos dados quantitativos e qualitativos, ou seja, como e quando serão fundidos. A combinação pode ocorrer na fase de coleta, análise, ou interpretação dos dados, ou, ainda, nas três etapas. Os dados estão **conectados** quando a combinação acontece na fase de análise de dados da primeira abordagem com a fase de coleta da segunda. Os dados são **integrados** quando a combinação consiste em fundir os bancos de dados qualitativos e quantitativos, onde se apoiam mutuamente. O pesquisador pode, ainda, combinar os dados de modo que o banco de dados secundário, fonte da abordagem não prioritária da pesquisa, seja **incorporado** no banco de dados principal, desempenhando um papel de apoio no estudo (CRESWELL, 2010).

Por fim, a **Teorização** corresponde à perspectiva teórica maior que guia todo o projeto de pesquisa. Este processo pode ou não ser mencionado no trabalho, mas a adoção de determinada lente teórica pelo pesquisador está sempre presente na construção do projeto (CRESWELL, 2010).

A elucidação destes quatro elementos leva à construção da estratégia de proposta de pesquisa de um estudo de métodos mistos que, segundo Creswell e Clark (2013), pode ser: paralelo-convergente, explanatória sequencial, exploratória sequencial, transformativa, incorporada, ou, ainda, de múltiplas fases (Quadro 8).

Quadro 8 – Estratégias de propostas de pesquisa de estudos de métodos mistos.

Estratégia	Distribuição de tempo	Atribuição de peso	Combinação	Teorização
Paralelo-convergente	Concomitante	Igual	Integração	Implícita ou explícita
Explanatória sequencial	Sequencial: dados quantitativos são coletados primeiro	Prioritariamente quantitativo	Conexão	Implícita ou explícita

Exploratória sequencial	Sequencial: dados qualitativos são coletados primeiro	Prioritariamente qualitativo	Conexão	Implícita ou explícita
Transformativa	Sequencial ou concomitante	Igual ou não	Conexão	Explícita
Incorporada	Sequencial ou Concomitante	Quantitativo ou qualitativo	Incorporação	Implícita ou explícita
Projeto multifásico	Sequencial ou Concomitante	Quantitativo ou qualitativo	Integração, Conexão ou Incorporação	Implícita ou explícita

Fonte: Adaptado de Creswell e Clark (2013) e Creswell (2010)

A estratégia **paralelo-convergente** envolve a coleta simultânea dos dados qualitativos e quantitativos, em fase única, comparando os resultados na busca de convergências ou diferenças. Essa estratégia visa utilizar as abordagens qualitativa e quantitativa separadamente, buscando compensar as fragilidades de um método com as potencialidades do outro, atribuindo-se peso igual às duas abordagens. A combinação, por integração, acontece na fase de interpretação dos resultados, em que os achados dos dois bancos de dados, após analisados separadamente, são colocados lado a lado e discutidos. Os resultados quantitativos podem ser apresentados primeiro e seguidos por depoimentos qualitativos que corroborem ou contrariem tais achados, o que leva a resultados bem validados e substanciados (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

A estratégia **explanatória sequencial** é caracterizada pela coleta e análise dos dados quantitativos na primeira fase da pesquisa, cujos resultados conduzem à segunda fase, secundária e de menor valor, composta pela coleta e análise dos dados qualitativos. Assim, os dados são combinados por conexão. Esta estratégia é tipicamente utilizada para interpretar e explicar resultados quantitativos e examinar mais detalhadamente resultados inesperados provenientes dos dados quantitativos. Tem como principal fragilidade a maior extensão de tempo necessária para o desenvolvimento das duas fases da pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

Similar a esta abordagem, a estratégia **exploratória sequencial** envolve coleta e análise dos dados qualitativos na primeira fase, principal, seguida por coleta e análise de dados quantitativos, secundários, na segunda fase. Os dados são combinados por conexão, uma vez que a coleta dos dados quantitativos parte da análise dos dados qualitativos. Este modelo pode ser aplicado quando o pesquisador tem interesse de testar elementos de uma teoria resultante da fase qualitativa, para generalizar resultados qualitativos para diferentes amostras, ou, ainda, desenvolver um instrumento para realização da pesquisa quantitativa. No

entanto, assim como o modelo explanatório sequencial, tem como ponto fraco o maior tempo necessário para realização da pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

O projeto **transformativo** é guiado pelo uso de perspectiva teórica específica, com uma visão de mundo transformativa. Pode ser composto de duas fases (uma inicial - quantitativa ou qualitativa - que orienta a fase seguinte, fazendo com que os dados sejam conectados entre si) ou apresentar coleta de dados concomitante. O diferencial desta estratégia é a perspectiva teórica que guia todo o desenvolvimento do projeto: é apresentada na introdução, orienta a definição do problema, da pergunta de pesquisa e objetivo, e visa explorar determinado problema na análise e interpretação dos resultados. A lente teórica adotada é mais importante na orientação do projeto do que os próprios métodos isoladamente, uma vez que se caracteriza por dar maior sensibilidade à coleta de dados, e por seus resultados serem guiados à ação, o que coloca a pesquisa de métodos mistos em uma estrutura transformativa (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

O projeto **incorporado** apresenta um método principal (quantitativo ou qualitativo) e um secundário, que serve de sustentação aos achados do primeiro. Com maior prioridade, o primeiro método incorpora os achados do segundo, enriquecendo os achados principais. Esta estratégia permite acrescentar um elemento qualitativo dentro de um projeto quantitativo, ou incluir um elemento quantitativo dentro de um projeto qualitativo, sendo este elemento suplementar, em ambos os casos, adicionado com o intuito de qualificar o projeto geral (CRESWELL; CLARK, 2013; CRESWELL, 2010).

O Projeto **multifásico** é, por fim, a combinação dos elementos sequenciais e simultâneos durante um período implementado para, por meio da investigação de múltiplas questões, alcançar um objetivo central. Desse modo, diversos estudos, quantitativos e qualitativos, são sequencialmente alinhados, de modo que o conhecimento aprendido em cada fase leve ao desenho da fase seguinte (CRESWELL; CLARK, 2013).

Desse modo, é possível combinar sistematicamente coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos em um mesmo estudo, permitindo ao pesquisador associar dados numéricos e narrativos em sua análise (INGHAM-BROOMFIELD, 2016). Neste estudo, tendo em vista o problema de pesquisa e os objetivos do estudo, selecionou-se a **estratégia paralelo-convergente** como a mais adequada para realização da pesquisa métodos mistos. Nesse sentido, o projeto quantitativo, que buscou avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio, foi integrado ao projeto qualitativo. Além disso, a distribuição do tempo foi concomitante, a atribuição de peso foi igual, a combinação foi por integração e a teorização foi implícita.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em dois contextos: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), que é vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Destaca-se que as instituições não possuem serviço de desospitalização e não estão vinculadas a Serviço de Atenção Domiciliar. Cabe ressaltar que na apresentação dos resultados desta pesquisa as instituições serão apresentadas aleatoriamente como instituição A e B.

3.2.1 Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

O HU-UFSC foi fundado em 1980 e, desde então, atende exclusivamente os usuários do SUS, sendo referência estadual para diversas patologias complexas de diferentes especialidades, incluindo Acupuntura, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Videocirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica (EBSERH, 2020).

O HU-UFSC possui um total de 308 leitos instalados, dos quais atualmente 238 estão ativos. Desde 2015, o HU-UFSC, por meio da Universidade Federal de Santa Catarina, firmou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que assumiu sua responsabilidade administrativa. Desde então a instituição ainda vem se reestruturando, após anos de déficits financeiros, dificuldades na manutenção da estrutura física e equipamentos, e racionalização de investimentos no treinamento de recursos humanos (EBSERH, 2020).

No que tange ao atendimento à saúde da criança, o atendimento ambulatorial do HU-UFSC conta com as especialidades de endocrinologia, dermatologia, nutrologia, nutrição, gastroenterologia e homeopatia. O estudo foi realizado na unidade de internação pediátrica do HU-UFSC, que conta com 20 leitos de internação, dos quais 15 estão ativos, e atende crianças de 29 dias a menores de 15 anos (EBSERH, 2020).

3.2.2 Hospital Infantil Joana de Gusmão

O HIJG é uma unidade de saúde vinculada à Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina (SES/SC). Situado em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, atua como polo de referência estadual nas especialidades de Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Cabeça e Pescoço, Hebiatria, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Nutrologia, Oncohematologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva (HIJG, 2020).

A instituição tem como missão prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica. Sua visão é permanecer como centro de excelência e de referência para o estado de Santa Catarina (HIJG, 2020).

Em uma área de 22.000m², o hospital possui 126 leitos de internação, conta com 840 funcionários, e é dividido em 12 unidades: Unidade B, Unidade C, Unidade D, Unidade E, Hospital Dia Cirúrgico, Unidade Berçário, Unidade Isolamento, Unidade Oncologia, Unidade Ortopedia, Unidade Queimados, Unidade de Terapia Intensiva Geral, e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Em 2019, a instituição ofertou 7.406 atendimentos de emergência, 8.193 atendimentos ambulatoriais, e 800 internações. A taxa de ocupação dos leitos foi de 75,64%, apresentando uma média diária de 93,18 pacientes, com média de permanência de 3,57 dias (HIJG, 2020). A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de internação Unidade B, Unidade C, Unidade D, Unidade E, Unidade Berçário, Unidade Oncologia, e Unidade Ortopedia.

3.3 ETAPA QUALITATIVA

Um estudo de natureza qualitativa é utilizado quando se quer conhecer com maior profundidade o objeto em estudo, com destaque à interpretação de processos, conceitos, e significados do fenômeno (MINAYO, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014, p.57).

Strauss e Corbin (2008) entendem que a pesquisa qualitativa visa à investigação acerca da vida das pessoas, suas experiências, comportamentos, emoções e sentimentos, e sobre fenômenos sociais e culturais, resultados que não podem ser alcançados por meio de

quantificação. Essa abordagem permite a valorização das particularidades da realidade em que acontece a investigação (MINAYO, 2014).

Considerando-se a dinamicidade do contexto de estudo e o intuito de investigação sobre o significado do fenômeno para os sujeitos, foi realizada uma TFD com a finalidade de desvelar a perspectiva dos participantes sobre a temática e de compreender o fenômeno sob investigação (CHARMAZ, 2009).

A TFD foi apresentada pela primeira vez em 1967 pelos sociólogos norte-americanos Anselm Strauss e Barney Glaser, no livro *The discovery of Grounded Theory*. O método surgiu em um momento em que a pesquisa qualitativa perdia espaço e credibilidade na sociologia e o paradigma positivista imperava sobre os métodos científicos (CHARMAZ, 2009). Esse referencial teórico-metodológico originou-se a partir da parceria acadêmica dos dois autores, provenientes respectivamente da Escola de Chicago e da Universidade de Columbia, unindo as tradições em abordagem qualitativa ancoradas no pragmatismo e interacionismo de uma e a perspectiva positivista da outra (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Os autores do método buscaram avançar sobre a produção de compreensões abstratas e conceituais dos fenômenos estudados, indo além de análises descritivas (CHARMAZ, 2009).

Apesar da complementariedade das diferentes escolas de pensamento sobre a construção do método naquele primeiro momento, o que inicialmente permitiu o reconhecimento da TFD como método científico, os autores passaram a divergir sobre sua evolução. Enquanto Glaser permaneceu fiel aos preceitos iniciais, Strauss estabeleceu parceria com Juliet Corbin, e passou a defender a incorporação de estratégias de flexibilização do método, como a descrição interpretativa dos resultados. Essa discordância iniciou a origem das diferentes vertentes do referencial: a primeira chamada TFD Clássica ou Glaseriana, e a segunda, TFD Estruturalista, Relativista ou Straussiana (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Desde então, o método muito avançou e modificou-se, e novos autores foram desenvolvendo o referencial, a exemplo da utilização da TFD sob a perspectiva construtivista proposta por Kathy Charmaz (CHARMAZ, 2009).

A TFD busca a compreensão do significado de um determinado evento, permitindo a construção de uma teoria substantiva sobre o fenômeno estudado. Este referencial metodológico tende a oferecer um melhor entendimento e fornecer um guia importante para a ação, uma vez que procura compreender a realidade a partir da percepção do sujeito. Busca desenvolver uma teoria a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados. Assim, fundamentar conceitos em dados é uma importante característica deste referencial. Entretanto,

aponta-se a importância da criatividade do autor, que deve se manter aberto e flexível às múltiplas possibilidades que surgem no desenvolver da pesquisa. Exige sensibilidade teórica do pesquisador, para que este seja inserido no contexto com o mínimo de ideias preconcebidas, e, ainda, para que consiga atribuir significados aos dados, identificando as informações relevantes ao estudo para avanço no conhecimento (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os métodos da TFD baseiam-se em diretrizes sistemáticas, porém flexíveis, que orientam coleta e análise dos dados, levando à construção de teorias fundamentadas nos próprios dados, ou seja, os dados formam a base da própria teoria. Nesta pesquisa, foi adotada a perspectiva construtivista da TFD com o objetivo de buscar a compreensão dos dados como construções sociais a partir da interação dos diferentes atores, a vida social como um processo permeado de significados e o conhecimento como uma verdade provisória (ZOCHE; LIMA, 2019).

Diferentemente dos autores que deram origem à TFD, que versam sobre a descoberta da teoria a partir dos dados, a perspectiva construtivista do método sugere que as teorias fundamentadas são construídas por meio do envolvimento e interação do pesquisador com as pessoas, perspectivas e práticas de pesquisa, uma vez que aquele contexto é parte do mundo que estuda. Nesse sentido, a teoria representa uma interpretação do mundo estudado, e não uma representação fiel dele (CHARMAZ, 2009).

Isso porque tanto participantes quanto pesquisadores levam ao estudo suas vivências e suposições prévias e possuem diferentes visões sobre o fenômeno investigado. Além disso, os pesquisadores normalmente têm proximidade com a temática de investigação e a bibliografia a ela relacionada. Diante disso, cabe ao pesquisador manter-se reflexivo em relação às influências que leva ao cenário de pesquisa e à maneira como percebe as revelações do entrevistado. Todo pesquisador possui concepções que podem influenciar, mas não determinar, a compreensão daquilo que observa. O pesquisador deve se concentrar em permanecer aberto e receptivo a tudo o que vê e sente nas etapas iniciais da pesquisa, permitindo que a teoria, desse modo, se construa a partir dos dados (CHARMAZ, 2009).

3.3.1 Participantes do estudo

Na etapa qualitativa do estudo, a coleta de dados foi iniciada por meio de entrevista intensiva com os enfermeiros assistenciais da UIP do HU-UFSC e do HIJG, tendo em vista o potencial de contribuição deste profissional nos processos de transição do cuidado a partir da

internação hospitalar, que formaram o primeiro grupo amostral. Ressalta-se que estes profissionais foram escolhidos para compor o primeiro grupo pela sua contribuição na transição e continuidade do cuidado evidenciadas na literatura (AUED et al., 2019; BAIRD et al., 2016; COSTA et al., 2019; CURRAN; BRENEOL; VINE, 2020; RIBAS et al., 2018; WEBER et al., 2017).

Seguindo a amostragem teórica preconizada pela TFD, a pesquisa evoluiu para a investigação com os profissionais da equipe multidisciplinar, compondo o segundo grupo amostral. Em seguida, o terceiro grupo amostral foi composto pelos atores envolvidos no contexto domiciliar, profissionais da atenção especializada ambulatorial e familiares cuidadores.

Foram convidados a participar profissionais que atuassem na instituição por no mínimo seis meses, com atuação direta no cuidado às crianças com condições crônicas, e responsáveis legais por crianças que convivessem com alguma condição crônica. Foram excluídos familiares com idade inferior a 18 anos e profissionais que estivessem de férias e licenças de qualquer natureza.

Foram entrevistados 35 participantes, sendo 10 enfermeiros, cinco médicos, cinco responsáveis legais por crianças com condições crônicas, quatro nutricionistas, quatro psicólogos, três fisioterapeutas, dois assistentes sociais e um fonoaudiólogo, divididos em três grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi formado por dez enfermeiros assistenciais. O segundo grupo amostral foi composto por 14 profissionais da equipe multidisciplinar, que atuavam diretamente na assistência ao paciente durante a sua internação. O terceiro grupo amostral foi composto por 11 atores envolvidos nos cuidados com a criança com condição crônica no contexto do domicílio, cinco responsáveis legais, cinco profissionais da equipe ambulatorial especializada, e um gestor hospitalar.

Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, estes foram identificados nos depoimentos apresentados por pseudônimos, definidos a partir da letra G seguida do número correspondente ao grupo amostral, associada à letra E acompanhada de um número referente à sequência em que as entrevistas foram realizadas (ex: G1E1=primeiro participante do grupo amostral), conforme detalhado no Quadro 9.

Quadro 9 - Apresentação dos grupos amostrais e participantes que fizeram parte da etapa qualitativa da pesquisa.

Grupo amostral	Número de participantes	Participantes	Identificação da Entrevista
1	10	10 enfermeiros assistenciais	G1E01, G1E02...

2	14	4 nutricionistas 4 psicólogos 2 fisioterapeutas 2 assistentes sociais 1 fonoaudiólogo 1 médico	G2E01, G2E02...
3	11	5 responsáveis legais 4 médicos 1 fisioterapeuta 1 gestor hospitalar	G3E01, G3E02...

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

3.3.2 Coleta de dados

A entrevista intensiva é a principal técnica utilizada na TFD. A entrevista é uma conversa orientada e direcionada que permite uma análise detalhada sobre determinado tópico ou experiência, representando um método útil para investigação interpretativa. O detalhamento e profundidade da entrevista intensiva possibilita a interpretação da compreensão do sujeito sobre a sua própria experiência, buscando extrair perspectivas sobre seu mundo subjetivo (CHARMAZ, 2009).

Desse modo, na TFD as perguntas feitas pelo entrevistador devem ser abertas e amplas, e incitar a reflexão do participante sobre suas experiências. O entrevistador deve posicionar-se de modo interessado, atento e sensível, de modo a ouvir com atenção e incentivar o participante a responder. Isso porque, por muitas vezes envolver temas íntimos e normalmente evitados, as perguntas do pesquisador devem estimular o participante a articular e expressar suas próprias intenções e significados. Ainda, por se tratar de uma técnica flexível e emergente, a entrevista pode ser direcionada segundo ideias e tópicos que emergirem dessa interação, orientando a condução feita pelo pesquisador (CHARMAZ, 2009). Os dados da etapa qualitativa da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas intensivas, gravadas e transcritas em sua integralidade, sendo posteriormente codificadas para análise segundo a abordagem 182(APÊNDICE A).

A coleta de dados na etapa qualitativa do estudo aconteceu de março a setembro de 2019. Os participantes foram abordados na instituição hospitalar, apresentados aos objetivos da pesquisa e convidados a integrá-la. As entrevistas foram conduzidas pela autora, e aconteceram em um ambiente reservado dentro da própria instituição, em momento oportuno aos participantes.

As entrevistas foram gravadas em dispositivo eletrônico de áudio, e tiveram duração média de 24 minutos (DP=14,7), totalizando 14 horas e seis minutos de gravação. Os arquivos de áudio foram transcritos integralmente para posterior análise, gerando um total de 253 páginas de transcrição. Cabe ressaltar que a coleta de dados foi realizada segundo a amostragem teórica preconizada pela TFD, conforme apresentado com maior detalhamento a seguir. Assim, cada entrevista foi iniciada apenas após a análise da anterior. O encerramento da etapa de coleta de dados foi orientado pela saturação teórica. A saturação teórica dos dados acontece quando a coleta de novos dados não desperta novos *insights* teóricos nem indica novas propriedades das categorias já existentes. É importante salientar que, diferente da saturação qualitativa normalmente presente nos estudos desta natureza, a saturação teórica vai além da repetição contínua dos dados desvelados pelos participantes (CHARMAZ, 2009).

3.3.3 Análise de dados

Na TFD, a análise e a coleta de dados acontecem simultaneamente, configurando o chamado processo de análise comparativa constante. Assim, desde o início da coleta o pesquisador já inicia o processo de separar, classificar e sintetizar os dados por meio da codificação qualitativa, orientando a coleta de dados subsequente (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesse sentido, a técnica de amostragem preconizada é a amostragem teórica, descrita como o principal poder desse referencial, que depende dos métodos comparativos constantes para acontecer (CHARMAZ, 2009). Em vez de predeterminada, a amostragem se desenvolve durante o processo, no qual a análise e interpretação do material conduzem a novas etapas da pesquisa, buscando refinar as categorias da teoria emergente. Ou seja, quando surgem novas questões nas categorias em desenvolvimento, buscam-se novos dados que possam preencher essas lacunas conceituais existentes de acordo com as indicações que vão surgindo, fazendo da TFD um método aberto, ainda que orientado (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Assim, entende-se que o trabalho final consiste em uma construção (CHARMAZ, 2009).

O objetivo da amostragem teórica é a obtenção de dados que expliquem os conceitos em construção e/ou as categorias existentes (CHARMAZ, 2009). A amostragem torna-se cada vez mais específica à medida que o pesquisador vai sendo dirigido pela teoria evolutiva. No início da pesquisa, o pesquisador busca gerar o máximo de categorias possíveis e, ao passo que avança em suas análises, vai se preocupando com o desenvolvimento, densificação e

saturação dessas categorias (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Nesse processo vão sendo construídas categorias cada vez mais completas e robustas, sendo possível a interpretação da relação entre elas. Para alcançar seu propósito, é possível que o pesquisador retorne a participantes já entrevistados, buscando saber mais sobre experiências não questionadas inicialmente. Por esse motivo, a TFD é considerada método abduutivo, uma vez que considera todas as possíveis explicações teóricas sobre os dados, e indutivo, já que usa a amostragem teórica para seguimento na direção dos objetivos emergentes (CHARMAZ, 2009).

O processo de codificação implica em associar marcadores representativos a segmentos de dados, atribuindo-lhes nomeações concisas que indiquem de que trata cada segmento, classificando-os e permitindo a comparação posterior entre eles. Assim, a partir dessa estrutura analítica construir-se-á a teoria. Em outras palavras, a codificação é o elo entre a coleta de dados e a teoria que irá explicá-los (CHARMAZ, 2009).

Segundo a abordagem construtivista da TFD, os dados são codificados em duas fases: codificação inicial e focalizada. A **codificação inicial** é a etapa formada pela estratégia de codificação palavra por palavra, linha a linha ou incidente por incidente, que incentiva o pesquisador a analisar cuidadosa e detalhadamente seus dados. A codificação por palavra, linha ou incidente ajuda o pesquisador a estranhar o que lhe é comum e a ver o que lhe é conhecido sob uma nova perspectiva, fazendo-o conceituar suas ideias desde o início da pesquisa. Esse processo direciona as etapas de coleta de dados seguintes. Por esse motivo diz-se que os códigos iniciais são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados. Esse momento da pesquisa exige que o pesquisador esteja aberto a todas as possibilidades teóricas que possam ser indicadas pelos dados, permitindo identificar o que os participantes da pesquisa reconhecem como realmente relevante (CHARMAZ, 2009), como exemplificado na Figura 2.

Figura 2 - Fragmentos da codificação inicial realizada no *software* NVivo® 10.

Tese Caroline Cechinel Peiter.nvp - NVivo

Arquivo Início Criar Dados externos Analisar Consulta Explorar Layout Exibir

Espaço de trabalho

Item

Área de transferência

Formato

Parágrafo

Estilos

Edição

Revisão de texto

Procurar: Pesquisar em: Localizar agora Apagar Busca avançada

Nome	Fontes	Referência	Criado em	Criado p	Modificado em	Modificado p
Compreendendo a transição do cuidado como o processo desde o início da internação até encaminhamento para outro ponto da rede	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Compreendendo que a continuidade do cuidado envolve a manutenção do atendimento e o vínculo do paciente na rede	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Compreendendo que a transição do cuidado envolve o processo de passar todas as informações do paciente	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Compreendendo que sentir-se responsável pelo paciente após a alta diz respeito à continuidade do cuidado	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Conseguindo saber sobre a ruptura da continuidade do cuidado apenas se o paciente reinterna	1	2	20/05/2019 4	K	12/07/2020 9	CCP
Considerando a comunicação a principal ferramenta para a continuidade do cuidado	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Considerando a importância da comunicação entre os profissionais da unidade e com a APS	1	1	20/05/2019 4	K	12/07/2020 9	CCP
Considerando necessário saber o que aconteceu com o paciente depois da alta, especialmente pacientes crônicos	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Considerando que a continuidade do cuidado envolve saber o que aconteceu com o paciente depois da alta	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Criando vínculos com os pacientes crônicos em função das reinternações	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Evoluindo e preservando cuidados aos pacientes internados	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Fisioterapia entrando em contato com a APS em casos de doenças crônicas	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Idealizando o contato com a atenção primária	1	1	20/05/2019 1	K	12/07/2020 9	CCP
Minimizando os sintomas e aumentando a qualidade de vida do paciente crônico como forma de diminuir intercorrências e reinte	1	1	20/05/2019 4	K	12/07/2020 9	CCP
Montando um plano de cuidados específicos com ajuda das professoras do departamento de enfermagem aos pacientes com d	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Não conseguindo fazer um plano de trabalho multidisciplinar em função das altas não comunicadas previamente à equipe	1	2	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Não fazendo contato com a APS no caso de pacientes que são acompanhados no ambulatório	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Não sabendo sobre a continuidade do tratamento após a alta	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP
Não tendo mais informações do paciente após a alta	1	1	20/05/2019 1	K	12/07/2020 9	CCP
Orientando cuidados aos pacientes diabéticos	1	1	20/05/2019 3	K	12/07/2020 9	CCP
Orientando em caso de necessidade de curativos	1	1	20/05/2019 1	K	12/07/2020 9	CCP
Orientando paciente e família no momento da alta	1	1	20/05/2019 1	K	20/05/2019 1	K
Orientando sobre o uso das medicações	3	6	20/05/2019 1	K	12/07/2020 9	CCP
Orientando sobre os cuidados da criança	1	1	20/05/2019 1	K	12/07/2020 9	CCP
Percebendo a comunicação e a regulação de leitos formas de contribuição da gestão sobre a continuidade do cuidado	1	1	20/05/2019 2	K	12/07/2020 9	CCP

CCP: 60 Itens

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Na **codificação focalizada**, os códigos iniciais mais significativos são contrastados e comparados entre si, desenvolvendo-se as categorias que mais se destacaram. Essa segunda etapa apresenta os códigos mais direcionados e permite analisar minuciosamente grandes montantes de dados. Com os códigos focais, o pesquisador alcança suas concepções sobre o tópico investigado (CHARMAZ, 2009), conforme a Figura 3.

Figura 3 - Fragmentos da codificação focalizada realizada no *software* NVivo® 10.

Tese Caroline Cechinel Peiter.nvp - NVivo

Arquivo Início Criar Dados externos Analisar Consulta Explorar Layout Exibir

Espaço de trabalho

Item

Área de transferência

Formato

Parágrafo

Estilos

Edição

Revisão de texto

Procurar: Pesquisar em: Localizar agora Apagar Busca avançada

Nome	Fontes	Referência	Criado em	Criado po	Modificado em	Modificado p
3 - Fazendo a transição do cuidado da criança com condições crônicas	0	0	06/03/2020 14:3	CCP	06/07/2020 14:0	CCP
1 - Construindo a ponte do hospital com os demais pontos da rede de atenção para encaminhamento do paciente	2	3	09/07/2019 5:21	K	30/06/2020 8:33	CCP
Articulando a continuidade do cuidado com outros pontos da rede (APS, CAPS, atenção ambulatorial)	5	8	09/07/2019 5:15	K	06/03/2020 15:0	CCP
Articulando com o enfermeiro da APS	2	2	25/07/2019 10:11	JL	12/07/2020 9:28	CCP
Articulando com o enfermeiro de família para fazer a ponte com a APS	0	0	01/10/2019 2:44	K	12/07/2020 9:28	CCP
Avaliando o paciente e encaminhando para outros pontos da rede	2	4	24/07/2019 7:15	JL	12/07/2020 9:28	CCP
Contribuições da comunicação entre os pontos da rede de atenção para a continuidade do cuidado da criança com	0	0	01/08/2019 9:05	K	12/07/2020 9:28	CCP
Entrando em contato com a rede por telefone, email e relato por escrito, devido à ausência de um sistema integrad	9	13	16/07/2019 21:3	K	12/07/2020 9:28	CCP
Fazendo a articulação com a rede para dar seguimento ao atendimento	2	2	16/07/2019 21:2	K	12/07/2020 9:28	CCP
Fazendo a ponte com a rede para que a criança com condição crônica tenha continuidade do acompanhamento	3	5	16/07/2019 21:4	K	12/07/2020 9:28	CCP
Identificando o ponto da rede de atenção à saúde adequado para a continuidade do cuidado em casos de descober	1	2	09/07/2019 5:52	K	12/07/2020 9:28	CCP
Sentindo falta de comunicação com o enfermeiro da APS para entender as condições de vida da criança	3	3	20/05/2019 1:50	K	12/07/2020 9:28	CCP
2 - Fazendo a transição do cuidado ao longo da internação	0	0	09/07/2019 4:41	K	29/06/2020 15:3	CCP
Compreendendo a transição do cuidado como o processo desde o início da internação até encaminhamento para o	2	2	20/05/2019 2:47	K	12/07/2020 9:31	CCP
Compreendendo que a transição do cuidado acontece desde a admissão do paciente	1	1	01/08/2019 9:31	K	12/07/2020 9:31	CCP
Considerando a SAE essencial na organização do processo de trabalho de enfermagem	2	4	17/06/2019 4:25	GEPADE	12/07/2020 9:30	CCP
Fazendo as orientações para alta já ao longo da internação	2	3	29/06/2020 15:2	CCP	12/07/2020 9:31	CCP
Identificando as causas das reinternações a partir do histórico de enfermagem	1	1	17/06/2019 4:34	GEPADE	12/07/2020 9:31	CCP
Identificando fatores de não adesão ao tratamento que levam as reinternações frequentes pela família ainda durante	2	6	29/06/2020 15:2	CCP	12/07/2020 9:31	CCP
Observando a evolução de sinais e sintomas durante a internação	1	1	16/06/2019 23:5	GEPADE	12/07/2020 9:31	CCP
Orientando as mães e preservando cuidados a partir do histórico de enfermagem e das necessidades identificada	1	1	16/06/2019 22:5	GEPADE	12/07/2020 9:31	CCP
Planejando a alta durante a internação com a sistematização da assistência de enfermagem	1	1	20/05/2019 1:37	K	12/07/2020 9:31	CCP
planejando, implementando e avaliando cuidados de enfermagem	1	1	29/07/2019 6:28	JL	12/07/2020 9:31	CCP
Preservando a equidade de enfermagem a partir do histórico de enfermagem	1	2	16/06/2019 23:5	GEPADE	12/07/2020 9:31	CCP

CCP: 281 Itens

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Cabe ressaltar que na etapa de análise dos dados qualitativos, utilizou-se do *software* Nvivo® versão 10 para processamento e organização dos dados. O uso de *softwares* para auxílio no processo de análise de dados tem se tornado cada vez mais comum na pesquisa qualitativa, incluindo a TFD. A disseminação do uso destas ferramentas se deve ao seu potencial de contribuição na organização dos dados de diferentes naturezas, como áudios, entrevistas transcritas, memorandos, fotografias, artigos, entre outros, especialmente em pesquisas robustas (KLOCK et al., 2019). Contudo, apesar da contribuição dos *softwares*, seu uso limita-se ao processamento e organização de dados, e sua análise fica a cargo da postura crítica e reflexiva do pesquisador.

Durante todo o processo de coleta e análise dos dados na TFD é recomendado que os autores façam anotações analíticas informais preliminares sobre seus dados, ou sobre qualquer ideia, pensamento e interpretação que lhes ocorra sobre eles. Esse registro é importante para auxiliar o pesquisador no desenvolvimento das suas análises, chamadas memorandos (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A redação de memorandos permite o registro e conexão de ideias do pesquisador que auxiliam no processo de formulação de hipóteses. Trata-se de suposições provisórias do pesquisador sobre o que está acontecendo com os dados, que levam a questionamentos que ainda não podem ser respondidos, mas que auxiliam a direcionar as etapas seguintes da pesquisa (SOUSA et al., 2019).

Esses memorandos, desenvolvidos ao longo de toda a pesquisa, projetam, registram e detalham a principal fase de análise dos dados e são considerados ferramenta primordial da TFD. A redação sucessiva de memorandos durante a fase de coleta e análise de dados mantém o pesquisador envolvido com seus dados e o ajuda a elevar seu nível de abstração. A reflexão gerada durante o ato da escrita permite o surgimento de novas ideias, *insights* teóricos, e direções para a coleta adicional de dados, estando diretamente relacionada à amostragem teórica (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Alguns exemplos dos memorandos gerados ao longo da pesquisa estão apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 - Exemplos de memorandos desenvolvidos ao longo da pesquisa.

Memorando 5 – Grupo amostral 1, enfermeiros
Em uma articulação integrada com a equipe multidisciplinar, em que o enfermeiro se posiciona e é reconhecido como o carro chefe, este profissional consegue fazer as orientações adequadas das famílias com relação ao manejo do paciente crônico e cuidados com os dispositivos e equipamentos. Entende que a articulação adequada com a APS é benéfica para o paciente crônico, porém reflete que as novas internações desse paciente não podem ser

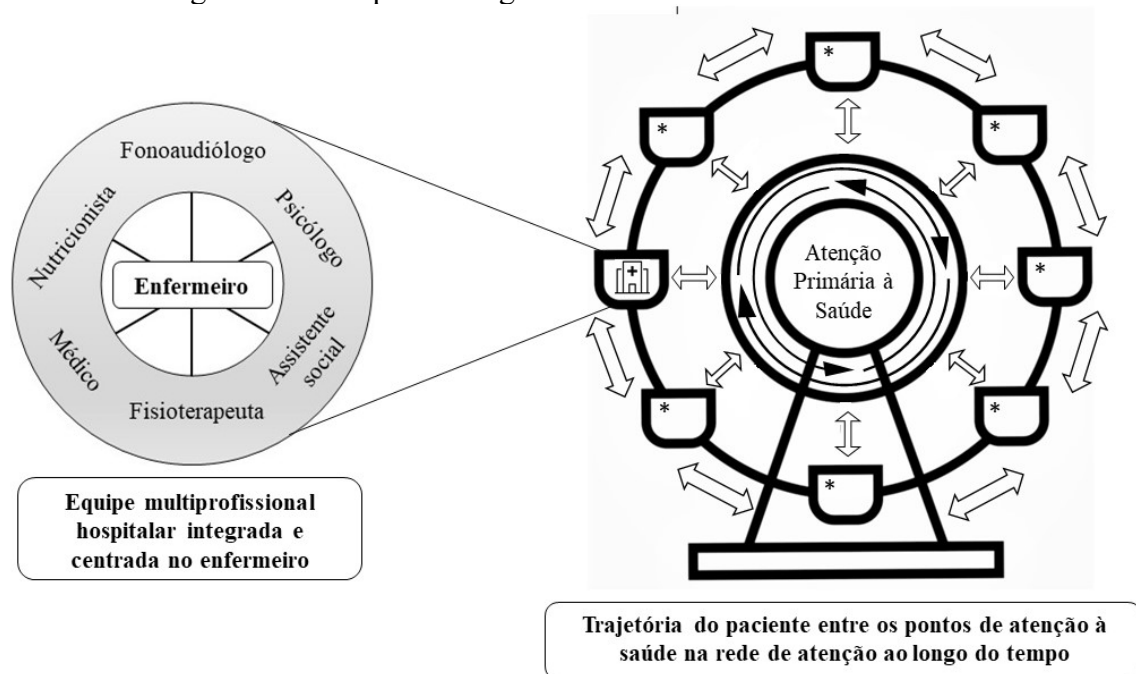
completamente evitadas, devido à evolução fisiológica das condições.
Memorando 6 – Grupo amostral 1, enfermeiros
A transição do cuidado começa desde a admissão do paciente na unidade de internação, com a elaboração do histórico de enfermagem, parte do Processo de Enfermagem realizado pelo enfermeiro para todos os pacientes. Os enfermeiros preocupam-se com a transição do cuidado, especialmente no que diz respeito ao preparo para a alta, parte inicial da transição do cuidado. A prática está presente na atuação dos enfermeiros, embora alguns deles não reconheçam seu conceito.
Memorando 7 – Grupo amostral 1, enfermeiros
Os enfermeiros preocupam-se com a transição do cuidado, realizando ações de planejamento para a alta desde o início da internação, tendo a SAE como importante ferramenta de orientação desse processo. Revelam, ainda, a contribuição de outros profissionais no que tange à comunicação com o outro ponto da rede ou o acompanhamento ambulatorial. Assim, todos os profissionais estão envolvidos nas diferentes etapas da ponte de transição do cuidado. No entanto, em algum ponto essa transição ainda não está sendo efetiva, pois percebe-se a ruptura da continuidade do cuidado. O que pode ser melhorado?
Memorando 10 – Grupo amostral 2, equipe multiprofissional
As crianças com condições crônicas têm acesso e mantêm acompanhamento na APS, mas não é percebida resolutividade suficiente. O trabalho entre a equipe multidisciplinar acontece de forma integrada com todos os profissionais e todos se esforçam para fazer a ponte. Nessa atuação integrada, o enfermeiro é elo, o responsável por identificar as demandas e fazer o canal de comunicação entre os pacientes e demais profissionais da equipe. Contudo, percebe que o enfermeiro tem dificuldade em discutir as ações, e atribui isso à alta demanda da assistência para esse profissional.
Memorando 11 – Grupo amostral 2, equipe multiprofissional
Os profissionais reforçam a importância dos agentes envolvidos no contexto domiciliar para a promoção da continuidade do cuidado. Dentre estes agentes, destaca-se a importância de atuação conjunta e articulada da família cuidadora, atenção primária resolutiva, e atenção especializada. O que acontece quando o paciente está em casa? Como a criança é cuidada?
Memorando 20 – Grupo amostral 3, contexto domiciliar
A saúde da criança com condições crônicas se assemelha a um carrossel, em que as peças que o compõem representam as partes do brinquedo. A escada do carrossel, ou seja, por onde ocorrem o embarque e início do passeio, representa o diagnóstico da condição crônica. O eixo vertical central, que liga o paciente ao carrossel, é a doença. Os cavalos são ligados ao eixo central por braços hidráulicos, gerando os movimentos de sobe e desce que representam as agudizações. Para que o carrossel gire, é necessário um motor, que são os serviços integrados em uma rede estruturada. No momento em que alguma função motora para de funcionar, há a fragmentação do cuidado.
Memorando 21 – Grupo amostral 3, contexto domiciliar
A trajetória de saúde da criança com condição crônica ao longo do tempo se dá de forma circular, uma vez que a criança está conectada a um eixo central, a condição crônica, exercendo uma força centrípeta, como em um carrossel. O embarque neste carrossel acontece no momento do diagnóstico. A criança permanece no brinquedo enquanto durar a condição ou até o óbito. As agudizações são como o movimento de sobe e desce dos cavalos de madeira. A fragmentação do cuidado leva à interrupção deste passeio. Quando o paciente transita entre todos os serviços de saúde de que necessita, com transição do cuidado adequada, o passeio flui e o paciente experiencia a continuidade do cuidado. Assim como o carrossel é parte de um parque de diversões com muitas atrações, o convívio com a condição crônica é uma das faces da vida da criança e família. Por vezes, estar neste brinquedo os impede de explorar os demais, representando o impacto da condição crônica na vida da criança e família, a

sobrecarga do cuidador e diminuição da qualidade de vida.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Além dos memorandos, outra ferramenta analítica utilizada durante a análise comparativa constante foram os diagramas. Diagramas são representações gráficas dos dados, também considerados memorandos visuais, elaborados ao longo do processo de coleta e análise dos dados, que favorecem o processo de comparação (SOUSA et al., 2019). Um exemplo de diagrama elaborado no processo de análise dos dados está representado na Figura 4.

Figura 4 - Exemplo de diagrama elaborado na análise dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

3.3.4 Validação da teoria substantiva

Após a finalização do processo de análise de dados qualitativos, o modelo teórico representativo da teoria substantiva foi submetido a um processo de validação. A validação dos dados caracteriza-se como uma verificação ou ratificação da teoria. Na TFD, para garantir a pertinência da teoria substantiva, é necessário garantir que haja aplicabilidade, ou seja, que ela represente de fato o fenômeno investigado. Para isso, os dados são submetidos ao processo de validação para certificar que o modelo preserva os significados atribuídos pelos autores, ao

passo que atinge níveis conceituais mais elevados. Nesse processo é possível que alterações sejam feitas sobre o modelo teórico, podendo haver acréscimos e substituições dos elementos que o compõem (LACERDA et al., 2019).

Na etapa de validação da teoria substantiva, foram adotados os critérios de credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade (CHARMAZ, 2009). A **credibilidade** está relacionada à relevância dos dados e no seu sentido para os atores envolvidos no contexto analisado. A **originalidade** busca uma nova conceituação sobre problemas já estabelecidos, oferecendo novos *insights* sobre o fenômeno. A **ressonância** depende do sentido que a teoria substantiva faz para aqueles que estão afastados do contexto do estudo, indo além da experiência dos participantes da pesquisa. A **utilidade** diz respeito à aplicação da teoria e à contribuição do conhecimento à prática (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ; THORNBERG, 2020). Quanto maiores forem a credibilidade e originalidade do estudo, maiores serão a ressonância e a utilidade (CHARMAZ, 2009).

Para realizar esta etapa da TFD, o modelo teórico foi submetido à validação por profissionais especialistas no método e no tema do estudo e participantes da pesquisa. O grupo foi formado por seis especialistas. A validação aconteceu de maneira remota no mês de julho de 2020. Os participantes foram convidados por *e-mail* a participar da etapa de validação. Em caso de aceite, foram enviados o instrumento de validação e um *link* contendo as perguntas a serem respondidas por meio de questionário *online* (APÊNDICE C). Ao validarem os dados, os participantes desta etapa revelaram reconhecerem-se no modelo apresentado, sugeriram mudanças pontuais nos títulos de algumas categorias e subcategorias, e destacaram o modelo como de fácil interpretação, a abrangência da teoria e a possibilidade de aplicação em outros cenários.

3.4 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A pesquisa quantitativa permite a dissociação entre o pesquisador e objeto ou contexto investigado e visa à generalização do conhecimento construído a uma população que seja representada pela amostra investigada (CRESWELL, 2010; POLIT; BECK, 2011). No que tange à etapa quantitativa da pesquisa, foi realizado um estudo de corte transversal, caracterizado por contemplar todos os fenômenos estudados em uma coleta de dados delimitada em determinado ponto temporal (POLIT; BECK, 2011).

Para esta etapa da pesquisa, foram utilizados um questionário de caracterização dos participantes e o instrumento *Care Transitions Measure*[®] (CTM). O instrumento de

caracterização dos participantes incluía as variáveis categóricas: vínculo do respondente com a criança; sexo; município de residência; e capítulo CID 10 da doença crônica. As variáveis contínuas foram: idade do paciente (anos completos); número de internações nos últimos 12 meses (internações); dias de internação (dias), e tempo de diagnóstico da condição crônica (anos completos).

O CTM é um instrumento desenvolvido em 2002, nos Estados Unidos, com o objetivo avaliar a qualidade da Transição do Cuidado entre os diferentes serviços de atenção à saúde segundo a perspectiva do paciente (ANEXO B). O CTM pode servir para preencher uma lacuna importante na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, medindo a qualidade do atendimento prestado em todos os ambientes (COLEMAN et al., 2002).

O CTM possui duas versões. A primeira é formada por 15 afirmações (CTM-15) e a segunda, resumida, por três afirmações (CTM-3). O instrumento, em suas duas versões, completa (CTM-15) e reduzida (CTM-3), foi traduzido e validado para a realidade brasileira em 2016, sendo asseguradas suas propriedades psicométricas. A versão resumida, CTM-3, é indicada em casos de populações maiores, já que no processo de validação apresentou um coeficiente alfa de Crombach inferior ao ideal. Cabe ressaltar que o coeficiente alfa de Crombach é influenciado pelo número de itens do instrumento (reduzido no caso do CTM-3), limitação que pode ser compensada com o aumento do tamanho da amostra (ACOSTA, 2016; ACOSTA et al., 2017). Além da validação para a realidade brasileira, o CTM-15 possui versões nos idiomas árabe, chinês, francês, hebreu, japonês, malaio, russo, espanhol e sueco, e o CTM-3 está validado nos idiomas francês, francês canadense, hindi, italiano e espanhol (THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2020).

Os itens do instrumento CTM-15 Brasil são divididos em quatro dimensões ou fatores: preparação para autogerenciamento, entendimento sobre medicações, preferências asseguradas, e plano de cuidados, conforme apresentado no Quadro 11 (ACOSTA, 2016).

Quadro 11 – Fatores do instrumento *Care Transitions Measure*®.

Fator	Itens do instrumento	Definição
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	4	Teve informações que precisava para autocuidado
	5	Entende claramente como cuidar da saúde
	6	Entende sinais de alerta e sintomas
	8	Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde
	9	Compreende o que é de sua responsabilidade
	10	Sente-se seguro de que sabe o que fazer
	11	Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário

Fator 2 - Entendimento sobre medicações	13	Entende o motivo de tomar os medicamentos
	14	Entende como tomar os medicamentos
	15	Entende os efeitos colaterais dos medicamentos
Fator 3 - Preferências asseguradas	1	Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados
	2	Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde
	3	Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas
Fator 4 - Plano de cuidado	7	Recebeu um plano escrito de cuidados
	12	Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Conforme recomendado pelos autores (ACOSTA et al., 2017), o instrumento foi aplicado, via telefone, ao responsável legal da criança que recebeu alta da unidade de internação, em um período de sete a 30 dias após a alta hospitalar. É oportuno esclarecer que o instrumento pode ser aplicado diretamente ao paciente ou ao familiar/cuidador. Em estudo previamente desenvolvido em um hospital no Sul do Brasil, não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa entre as médias da qualidade da transição do cuidado a partir de respostas de pacientes e cuidadores (ACOSTA et al., 2020), respaldando seu uso nesta pesquisa com os responsáveis legais de crianças com condições crônicas

As alternativas de resposta do instrumento são do tipo Likert, com cinco opções de resposta: Discordo muito (1 ponto); Discordo (2 pontos); Concordo (3 pontos); Concordo muito (4 pontos). A quinta opção, no entanto, Não sei/não me lembro/não se aplica (0 pontos), não entra na contagem do escore, sendo analisada separadamente. Além disso, esta alternativa não deve ser apresentada ao respondente inicialmente, devendo ser oferecida em casos em que fique claro ao entrevistador que as quatro primeiras opções de respostas não se adaptam à pergunta. O escore é calculado pela soma dos valores referentes às respostas dividida pelo número de questões respondidas. O escore obtido deve ser transformado, então, em uma escala linear que varia de zero a 100, em que, quanto maiores os valores, mais estruturados são os fluxos de transição do cuidado, por meio da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$ (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2020).

3.4.1 Participantes do estudo

Na etapa quantitativa do estudo, os participantes foram os responsáveis legais pelas crianças com doenças crônicas que tenham sido hospitalizadas na Unidade de Internação

Pediátrica (UIP) do HU-UFSC e no HIJG. Foram incluídos responsáveis legais de pacientes internados com doenças crônicas, de até 9 anos (120 meses incompletos), seguindo a definição da PNAISC para crianças. Foram excluídos da amostra pacientes com menos de 29 dias, que tenham sido encaminhados a outras instituições ou outras unidades dentro da mesma instituição (ou seja, não receberam alta para casa a partir da unidade de internação investigada), e aqueles que, no momento do contato telefônico, tivessem ido a óbito ou tivessem sido rehospitalizados.

Para a definição das doenças crônicas a serem consideradas, foi utilizada a relação compilada por Moura e colaboradores (2017), em estudo que buscou estimar a magnitude das hospitalizações por condições crônicas de crianças e adolescentes menores de 18 anos no Brasil. Para construir esta relação, os autores basearam-se na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em estudo de coorte que buscou identificar a tendência de mortes por doenças crônicas em crianças nos Estados Unidos (FEUDTNER et al., 2001) e na opinião de especialistas (Quadro 12).

Quadro 12 – Códigos das doenças crônicas a serem incluídas no estudo segundo a Classificação Internacional de Doenças.

Capítulo	Categoria	Código
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	B20-B24
Neoplasias	Neoplasias	C00-D48
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	Anemia devida a transtornos enzimáticos	D55
	Talassemia	D56
	Transtornos falciformes	D57
	Outras anemias hemolíticas hereditárias	D58
	Anemia hemolítica adquirida	D59
	Deficiências imunitárias combinadas	D81
	Imunodeficiência associada com outros defeitos maiores	D82
	Imunodeficiência comum variável	D83
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Distúrbios do metabolismo de aminoácidos	E70-E72
	Distúrbios do metabolismo de carboidratos	E73-E74
	Distúrbios do metabolismo de lipídeos	E75
	Combinação de desordens metabólicas	E76-E78
	Fibrose cística	E84
Transtornos mentais e comportamentais	Retardo mental	F70-F79
	Transtornos do desenvolvimento psicológico	F80-F89
	Transtornos hipercinéticos	F90
Doenças do sistema nervoso	Esclerose múltipla	G35
	Outras desmielinizações disseminadas agudas	G36

	Outras doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G37
	Epilepsia	G40
	Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	G80-G83
Doenças do aparelho circulatório	Cardiopatias	I42-I43
	Outros transtornos de condução	I45-I49
Doenças do aparelho respiratório	Bronquites; Enfisema; Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J40-J44
	Asma; Estado de mal asmático	J45-J46
	Bronqueectasia	J47
Doenças do aparelho digestivo	Doença de Crohn (enterite regional)	K50
	Colite ulcerativa	K51
	Outras gastroenterites e colites não-infecciosas	K52
	Doenças do fígado (exceto doença alcoólica do fígado)	K71-K77
Doenças do aparelho geniturinário	Insuficiência renal	N17-N19
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Malformações congênitas do sistema nervoso	Q00-Q07
	Malformações congênitas do aparelho circulatório	Q20-Q28
	Malformações congênitas do aparelho respiratório	Q30-Q34
	Malformações congênitas do aparelho digestivo	Q39-Q40; Q42-Q43
	Ausência, atresia e estenose congênita do intestino delgado	Q41
	Malformações congênitas do aparelho urinário	Q60-Q64
	Malformações congênitas do sistema osteomuscular não classificadas em outra parte	Q79.0-Q79.4
	Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Q90-Q99

Fonte: Adaptado de Moura e colaboradores (2017).

O cálculo da amostra foi realizado considerando um nível de confiança de 95%, uma margem de erro de 4 pontos, uma média de 74,7, e desvio padrão de 17,1 pontos, de acordo com estudo realizado anteriormente no país utilizando o CTM-15 Brasil (WEBER, 2018). Considerando-se que o instrumento seria aplicado em duas instituições distintas, representando duas categorias de variáveis dicotômicas, o tamanho mínimo da amostra foi de 156 participantes, 78 em cada grupo. Para este cálculo, foram considerados poder de 80% e nível de significância de 5%. Esse cálculo foi realizado acrescentando 5% para possíveis

perdas e recusas. Os cálculos amostrais foram realizados utilizando o programa Winpepi, versão 11.65.

3.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados da etapa quantitativa do estudo foi realizada de fevereiro a setembro de 2019, pela autora com auxílio de uma bolsista de iniciação científica, após acompanhamento e supervisão da doutoranda. Os participantes foram abordados durante a internação hospitalar, sendo nesse momento apresentados aos objetivos da pesquisa e convidados a integrá-la. Em caso de aceite, era solicitada a assinatura do TCLE pelo responsável legal. Nesse momento, também foi aplicado o instrumento de caracterização dos participantes, incluindo o registro do contato telefônico para seguimento da coleta de dados em momento posterior (APÊNDICE B). As visitas aos hospitais aconteciam sistematicamente, três vezes na semana, em dias intercalados, durante todo o período de coleta de dados, de modo convidar a participar da pesquisa o máximo de pacientes.

Seguindo as recomendações de aplicação do CTM-15 Brasil, as ligações para aplicação do instrumento foram realizadas de sete a 30 dias após a alta hospitalar. Dos 395 participantes que aceitaram integrar o estudo, 133 não apresentaram nenhuma condição crônica conhecida, e outros 55 estavam fora da faixa de idade preconizada neste estudo (um mês a nove anos). Destes, 35 não responderam ao contato telefônico. Outros cinco pacientes foram excluídos da pesquisa: dois foram transferidos para outra instituição, um foi a óbito no período entre o convite para participar da pesquisa e a ligação telefônica, um foi rehospitalizado, e um recusou-se a continuar a pesquisa. Desse modo, 167 participantes foram incluídos na pesquisa quantitativa.

3.4.3 Análise de dados

Os dados da etapa quantitativa foram tabulados em uma planilha do *software* Excel® e depois transferidos para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20. A caracterização da amostra foi analisada por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas são apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa, e as variáveis contínuas por meio de medidas tendência central e de dispersão (média, mínima, máxima, mediana e desvio padrão).

A análise da qualidade da transição do cuidado, realizada por meio da aplicação do CTM-15 Brasil, aconteceu conforme orientado pelos autores do instrumento (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2020). O escore obtido pela soma dos valores referentes às respostas dividido pelo número de questões respondidas por cada participante foi transformado, então, em uma escala linear que varia de zero a 100, em que quanto maiores os valores, mais estruturados são os fluxos de transição do cuidado, por meio da fórmula: $[(\text{escore}-1)/3]*100$. Após isso, calculou-se a média da escala linear entre todos os participantes, indicando, assim, o nível de avaliação da transição do cuidado naquele contexto (COLEMAN et al., 2002; THE CARE TRANSITIONS PROGRAM, 2020).

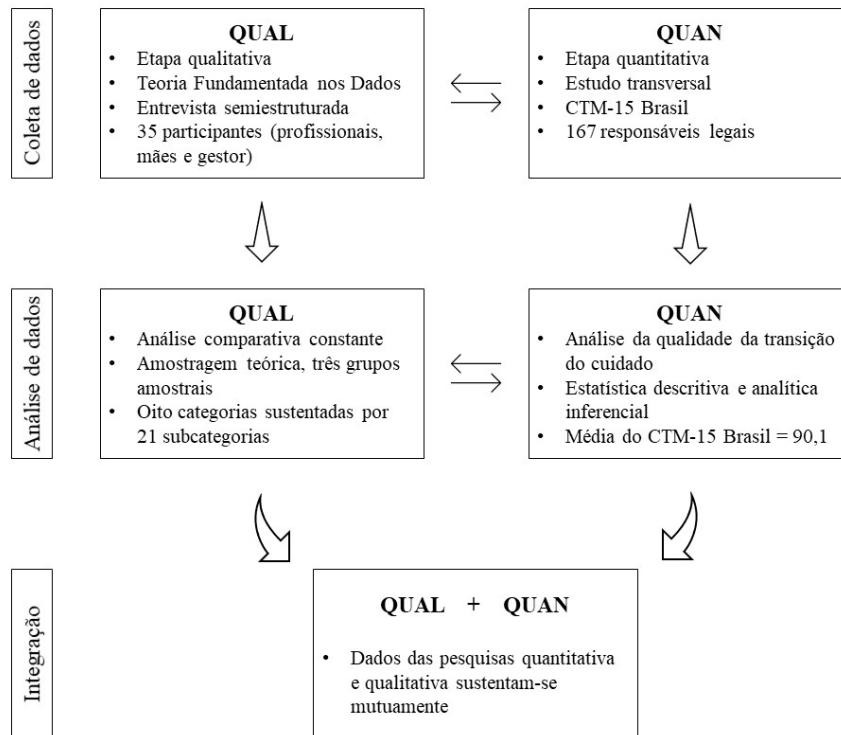
Após isso, a média da pontuação do CTM-15 Brasil foi testada frente às variáveis independentes: município de residência, idade e sexo da criança, número de internações nos últimos 12 meses, dias de internação, capítulo CID 10 da doença crônica e tempo de diagnóstico da doença. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20, sendo aplicados os testes *t-Student* e Análise de Variância (ANOVA). Foi considerado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

3.5 INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A combinação dos dados derivados das duas etapas de pesquisa, quantitativa e qualitativa, foi realizada ao final da coleta de dados de ambas as pesquisas. A etapa qualitativa desta pesquisa buscou compreender o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas a partir da transição do cuidado do hospital para o domicílio. Na fase quantitativa, por sua vez, foi aplicado o CTM-15 Brasil, um instrumento de coleta de dados que tem por objetivo avaliar a qualidade da transição do cuidado após a alta hospitalar para o domicílio. Ou seja, uma etapa no contínuo de cuidados dos pacientes com condições crônicas na RAS.

A etapa quantitativa foi composta por um estudo transversal, avaliando a transição do cuidado, enquanto a etapa qualitativa lançou mão de uma TFD, um método de pesquisa com maior potencial de aprofundamento teórico. A estratégia de integração para combinação dos dados foi adotada por entender-se que os dados quantitativos e qualitativos apresentam pesos semelhantes. Com isso, ao serem integrados, dados quantitativos e qualitativos fortalecem-se mutuamente (Figura 5).

Figura 5 - Diagrama dos procedimentos para integração dos dados.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012, que apresenta diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Após autorização prévia de ambas as instituições, HU-UFSC e HIJG, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) via Plataforma Brasil, aprovado sob o Parecer 3.063.726, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 02730018.7.0000.0121 (ANEXO C).

Para realização das entrevistas e aplicação dos instrumentos de coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a integrá-la. Diante de resposta positiva, foi apresentado o TCLE para leitura e assinatura em duas vias. Além disso, os participantes foram informados sobre a possibilidade de reconsiderar sua participação na pesquisa a qualquer momento, sendo informados os dados de contato da pesquisadora principal para isso, ou quaisquer dúvidas posteriores que pudessem surgir.

Os arquivos de áudio provenientes das entrevistas, os documentos com seu conteúdo transcrito, bem como os instrumentos de coleta dos dados quantitativos serão armazenados em

local seguro e serão completamente destruídos ao final do período de cinco anos, contados a partir da data da coleta de dados.

Buscando garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos incluídos neste trabalho estão identificados com um pseudônimo formado pela letra G seguida de um número correspondente ao grupo amostral do participante, acrescido pela letra E e um número indicando a ordem de realização da entrevista (G101, G102, G203...).

3.7 DOUTORADO SANDUÍCHE

O Doutorado Sanduíche aconteceu de janeiro a março de 2020 na *School of Nursing* da *University of British Columbia*, campus Okanagan (UBCO), Canadá, sendo supervisionado pela professora Dra. Nelly D. Oelke. A *University of British Columbia* (UBC) é um importante núcleo de ensino, aprendizagem e pesquisa, e está classificada entre as 20 melhores universidades públicas do mundo (ACADEMIC RANKING OF WORLD UNIVERSITIES, 2018).

A professora Dra. Nelly D. Oelke integra o corpo docente da UBC desde 2011, onde atua como professora assistente nos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem. Tem experiência em uma variedade de áreas na prática de enfermagem (clínica médica, pediatria e saúde pública) e educação em enfermagem. Ao que tange às atividades de pesquisa, sua linha de pesquisa aborda os serviços de saúde na atenção primária à saúde com foco nos serviços integrados de saúde, políticas públicas, atuação interprofissional, gestão de doenças crônicas, saúde mental e bem-estar, e translação do conhecimento.

Durante o período de estágio, foram realizadas as seguintes atividades:

- Aprofundamento teórico sobre os referenciais da Transição do Cuidado, Integração e Translação do Conhecimento.
- Desenvolvimento de um dos manuscritos da tese com colaboração da prof. Dra. Nelly D. Oelke.
- Participação como ouvinte da disciplina “*Community Health*” ministrada pela professora Christine Balfour.
- Participação como ouvinte da disciplina “*Health Care Policy*” ministrada pela professora Dra. Nelly D. Oelke.

- Participação no seminário “*Getting Home: Stories of navigating rural access to healthcare in the interior of British Columbia*”. Apresentado por Katrina Plamondon, PhD, RN, *Assistant Professor, School of Nursing, Faculty of Health and Social Development, UBC Okanagan*; e Kim Peake, PID, *Research Navigation and Community Facilitation Lead Interior Health Research Department and BCSUPPORT Unit Interior Centre*.
- Participação no seminário “*Mental health service use experiences among youth at Foundry Kelowna*”. Apresentado por Shelly Ben-David, PhD, *Assistant Professor, School of Social Work, Faculty of Health and Social Development, UBC Okanagan* Chantal Vien, MSW student, *School of Social Work, Faculty of Health and Social Development, UBC Okanagan*.
- Realização do curso sobre ética em pesquisa intitulado “*Tri-Council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans Course on Research Ethics (TCPS 2: CORE)*”.
- Participação quinzenal nas reuniões da equipe de pesquisa da prof. Dra. Nelly D. Oelke.
- Participação no evento “*2020 UBC Okanagan Interdisciplinary Student Health Conference*”.
- Apresentação do trabalho intitulado “*Continuity of care and transitional care of children with chronic conditions*” proveniente dos resultados da tese no evento “*2020 UBC Okanagan Interdisciplinary Student Health Conference*”.
- Encontros periódicos para suporte de escrita acadêmica na língua inglesa pelo *Student Learning Hub* da UBCO.
- Reuniões semanais com a prof. Dra. Nelly D. Oelke para discussão sobre o andamento das atividades propostas para o doutorado sanduíche.

O estágio doutoral sanduíche na UBCO contou com financiamento do Programa Institucional de Internacionalização (PrInt) da CAPES, e representou excelente oportunidade para o desenvolvimento acadêmico e profissional da doutoranda, assim como fortalecimento das redes e parcerias internacionais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). A experiência oportunizou a circulação de ideias e de conhecimento num contexto político, econômico e cultural diferente ao do Brasil e com um coletivo de pesquisadores renomados envolvidos na qualificação da

integração dos sistemas de saúde do Canadá, assim como nas atribuições do enfermeiro nesse contexto.

Além disso, destaca-se a área de expertise da orientadora no exterior, aumentando ainda mais a relevância da experiência, dado o reconhecimento internacional no tocante ao campo da integração de serviços de saúde, transição do cuidado e translação do conhecimento, o que oportunizou a incorporação dos conceitos apreendidos à discussão dos resultados da pesquisa.

4 RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os resultados da pesquisa, organizados no formato de três manuscritos, seguindo as recomendações da Instrução Normativa 01/2016 do PEN/UFSC. Os manuscritos contemplam, respectivamente: 1) a teoria substantiva resultado da etapa qualitativa do estudo; 2) os dados quantitativos resultados do estudo transversal; e 3) a integração dos dados da pesquisa de métodos mistos (Quadro 13).

Quadro 13 - Relação de manuscritos referentes aos resultados da tese.

Manuscrito	Título	Objetivo	Método
3	Continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas após a alta hospitalar	Compreender o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas a partir da transição do cuidado do hospital para o domicílio.	Pesquisa qualitativa, TFD
4	Qualidade da transição do cuidado de crianças com doenças crônicas do hospital para o domicílio	Avaliar a qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas do hospital para o domicílio.	Pesquisa quantitativa, transversal
5	Transitional care of children with chronic conditions from hospital to home: a mixed methods study	To analyze the transitional care of children with chronic conditions from hospital to home in Southern Brazil.	Pesquisa mista, incorporação dos dados

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

4.1 RESULTADOS QUALITATIVOS

4.1.1 Manuscrito 3 – Continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas após a alta hospitalar

CONTINUIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS APÓS ALTA HOSPITALAR

RESUMO

Objetivo: Compreender o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas a partir da transição do cuidado do hospital para o domicílio. **Método:** Pesquisa qualitativa que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados, vertente construtivista. A coleta de dados aconteceu de março a setembro de 2019 em dois hospitais de grande porte da Região Sul do Brasil, por meio de entrevistas semiestruturadas, com 35 participantes divididos em três grupos amostrais. A análise dos dados foi realizada por meio de codificação inicial e focalizada. **Resultados:** Desvelaram-se oito categorias, sustentadas por 21 subcategorias, que revelaram a categoria central “Postergando a próxima internação”. **Conclusão:** A transição do cuidado do hospital para o domicílio é significada como impulso para a retomada da continuidade do cuidado após a alta.

Palavras-chave: Continuidade da assistência ao paciente. Criança. Doença crônica. Cuidados de Enfermagem. Teoria Fundamentada.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica levou ao aumento da prevalência das condições crônicas de saúde, influenciada pela mudança dos hábitos alimentares, desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, e aumento da sobrevivência frente aos agravos de saúde. A atenção integral à saúde de pacientes com condições crônicas exige, em grande parte das situações, o atendimento por diferentes profissionais, em variados serviços distribuídos nos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo a permitir a continuidade do cuidado ao longo do tempo (PENA et al., 2020).

Considerado um modelo multifacetado, a continuidade do cuidado é formada por três dimensões, articuladas de modo hierárquico entre si: continuidade relacional, informacional e gerencial. A continuidade relacional é o primeiro nível, e diz respeito ao vínculo que os pacientes estabelecem com os profissionais que o assistem na sua trajetória terapêutica. Essa relação gera a necessidade de comunicação e transferência de informações entre os serviços, levando à segunda dimensão, a continuidade informacional. Desse modo, essa dimensão da continuidade do cuidado é necessária para que a continuidade relacional aconteça. Por fim, continuidade relacional e informacional precisam de coordenação dos serviços, que devem ser articulados de modo a permitir o cuidado ao paciente em tempo e local oportunos, o que representa a continuidade gerencial. Assim, quando estes três aspectos estão presentes, o paciente experiencia a continuidade do cuidado (BAHR; WEISS, 2018).

A continuidade do cuidado ao longo do tempo está relacionada a menor taxa de readmissões nos serviços hospitalares, maior satisfação e qualidade de vida do paciente (QIU et al., 2019). Além disso, quando presente na trajetória do paciente entre os serviços de saúde, a continuidade do cuidado promove a integralidade do cuidado e uma assistência de maior qualidade (JACKSON et al., 2017).

Além das três dimensões, a continuidade do cuidado também está associada à mudança no tempo e no cenário de cuidado. Pacientes que necessitam de cuidados prestados em diferentes serviços tornam-se mais vulneráveis à fragmentação da assistência (BAHR; WEISS, 2018; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). Nesse sentido, os modelos de transição do cuidado buscam superar estas limitações e envolvem um conjunto de ações que tem por objetivo a promoção da continuidade do cuidado (HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020). A transição do cuidado do hospital para o domicílio envolve um conjunto de componentes que devem ser articulados entre si, incluindo o manejo da condição clínica, bem-estar e educação do paciente e cuidador, otimização dos recursos e disponibilidade de serviços de saúde para a continuidade do cuidado (NAYLOR et al., 2017).

A rigor, pacientes com doenças e condições crônicas necessitam de assistência ofertada em diferentes pontos de atenção à saúde integrados entre si e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS), visando à integralidade do cuidado. Esta situação faz com que a atenção às condições crônicas exija cuidado diferenciado de profissionais e gestores no que tange à necessidade de continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (PENA et al., 2020).

No Brasil, apesar de a rede de atenção materno-infantil ser uma das prioridades, a atenção à saúde da criança apresenta fragilidade na integração dos serviços, incipiência na

estruturação dos fluxos e falta de estratégias de comunicação entre os pontos de atenção, o que dificulta a continuidade do cuidado das crianças com condições crônicas. Além disso, não são observadas estratégias específicas direcionadas à atenção à saúde das crianças com condições crônicas (NÓBREGA et al., 2017). No que diz respeito a essa população, destaca-se a importância do bem-estar e qualidade de vida do paciente como fatores facilitadores da convivência com a condição crônica, impactando na qualidade de vida e condições de saúde durante a vida adulta (SPARUD-LUNDIN et al., 2017).

Para atender às necessidades de reorganização da atenção à saúde da criança com condição crônica, garantindo seu cuidado integral, é imprescindível que o cuidado na rede de saúde ocorra de forma contínua e coordenada, voltado às necessidades de saúde específicas do indivíduo e família (CURRAN; BRENEOL; VINE, 2020; SILVA et al., 2018). Desse modo, evidencia-se a lacuna de estudos que explorem a continuidade do cuidado da criança com condição crônica na RAS (SILVA et al., 2018).

Frente a isso, questiona-se: Como a continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas é significada por profissionais da saúde e familiares a partir da transição do cuidado? A fim de responder a esta indagação, este estudo teve o objetivo de compreender o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas a partir da transição do cuidado do hospital para o domicílio.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), vertente construtivista (CHARMAZ, 2009). A coleta de dados foi realizada de março a setembro de 2019 em dois hospitais de grande porte da Região Sul do Brasil. Trata-se de uma unidade de internação pediátrica em um hospital universitário, e um hospital infantil, ambos de grande porte. Destaca-se que as instituições não possuem serviço de desospitalização e não estão vinculadas a Serviço de Atenção Domiciliar.

Foram incluídos no estudo 35 participantes: dez enfermeiros, seis médicos, cinco familiares, quatro nutricionistas, quatro psicólogos, três fisioterapeutas, dois assistentes sociais, um fonoaudiólogo e um gestor hospitalar. Os participantes foram divididos em três grupos amostrais, seguindo a amostragem teórica recomendada na TFD. Segundo esta técnica de análise, a amostragem se desenvolve durante o processo, no qual coleta e análise dos dados acontecem simultaneamente, e a análise e interpretação do material conduzem a novas etapas da pesquisa, buscando refinar as categorias da teoria emergente (CHARMAZ, 2009).

O primeiro grupo amostral foi formado por dez enfermeiros, o segundo grupo, por 14 profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar, e o terceiro, por 11 atores responsáveis pelos cuidados à criança com condições crônicas no contexto domiciliar, sendo cinco profissionais da atenção secundária especializada, cinco familiares e um gestor.

Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, gravadas em meio digital e transcritas integralmente. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora principal, e ocorreram em local reservado dentro da instituição hospitalar, e tiveram duração média de 24 minutos (DP=14,7). A análise dos dados seguiu o modelo de análise comparativa constante, em que cada entrevista só aconteceu após a análise da entrevista anterior. Seguindo a abordagem construtivista da TFD, os dados foram codificados em duas fases: codificação inicial e focalizada (CHARMAZ, 2009).

A codificação inicial se fez palavra por palavra, linha a linha ou segmento por segmento. Posteriormente, na codificação seletiva os códigos iniciais são contrastados e comparados entre si, para formação das subcategorias e categorias do estudo. Para processamento e organização do material, contou-se com auxílio do *software* NVIVO®, versão 10. O encerramento da coleta de dados aconteceu ao atingir-se a saturação teórica, momento em que a coleta de novos dados não desperta novos *insights* teóricos nem indica novas propriedades das categorias já existentes. O modelo teórico representativo da teoria substantiva foi submetido à validação por profissionais seis especialistas no método e no tema do estudo e participantes da pesquisa. A validação aconteceu de maneira remota por meio de questionário *online* (CHARMAZ, 2009).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos recomendados pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) via Plataforma Brasil, aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) no 02730018.7.0000.0121. Os participantes foram convidados a participar e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. Frente ao aceite, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Buscando garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos foram identificados ao longo do texto pela letra G seguida do número correspondente ao grupo amostral dos participantes, da letra E e um número indicando a ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS

A análise dos dados revelou oito categorias sustentadas por 21 subcategorias, que se articulam em torno da categoria central (Quadro 14)

Quadro 14 - Apresentação das categorias e subcategorias do estudo.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO
1. Cuidando da criança com condições crônicas na unidade de internação pediátrica
Valorizando a integralidade da criança com condições crônicas
Percebendo mudança na dinâmica familiar da criança com condições crônicas
Identificando pacientes que necessitam de continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde
2. Atuando de forma integrada na equipe multidisciplinar hospitalar
Trabalhando em equipe na transição do cuidado
Reconhecendo a importância do enfermeiro para a transição do cuidado
Experienciando o impacto da sobrecarga do enfermeiro sobre a transição do cuidado
3. Construindo o tripé da alta hospitalar para a transição do cuidado
Estabilizando sinais e sintomas que levaram à internação hospitalar
Educando o paciente e família para o autogerenciamento da condição crônica
Esperando equipamentos e materiais necessários para a continuidade do cuidado no domicílio
4. Dando início à transição do cuidado do hospital para o domicílio
Reconectando a criança com condições crônicas à Rede de Atenção à Saúde
Preparando a transição do cuidado ao longo da internação
5. Buscando promover a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde
Responsabilizando-se pelo reinício da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde
Posicionando-se como referência para orientações quanto ao cuidado da criança com condições crônicas
6. Enfrentando dificuldades para promover a continuidade do cuidado
Sentindo falta de mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção
Necessitando de preparo da Atenção Primária Saúde e demais pontos de atenção para a continuidade do cuidado
Dependendo de cada município na articulação com a Atenção Primária à Saúde
7. Desconhecendo a trajetória do paciente após a alta hospitalar

Sentindo angústia por desconhecer a trajetória da criança após a alta hospitalar
Sobrecarregando-se com a fragilidade da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde
8. Esperando a próxima internação
Sabendo que as próximas internações não são completamente evitáveis
Identificando múltiplas causas que influenciam na frequência das internações
Desenvolvendo vínculo com as crianças com condição crônica e família

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O início do processo é marcado pela (re)internação. A partir disso, os profissionais da equipe multiprofissional hospitalar consideram as especificidades da criança com condições crônicas e valorizam uma atuação integrada entre os membros da equipe. Para que a alta hospitalar aconteça, os profissionais consideram outros aspectos inerentes à condição crônica, e não apenas a estabilidade da condição clínica. A transição do cuidado é significada como o momento em que o paciente reinicia a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Para isso, os profissionais buscam investir na educação da família para o cuidado, em manter contato com os demais pontos de atenção da RAS, facilitando a reintegração do paciente nos serviços de saúde, especialmente a APS.

Apesar dos esforços para a transição do cuidado, os profissionais desconhecem o impacto de suas ações sobre a saúde do paciente após a alta. A continuidade do cuidado apenas pode ser analisada quando e se o paciente retorna à instituição. Novas internações, portanto, representam etapa intrínseca à trajetória terapêutica da criança com condição crônica. Desse modo, os esforços dos profissionais para qualificar a transição do cuidado e promover a continuidade do cuidado visam ao prolongamento do tempo até a próxima internação, com aumento da qualidade de vida e saúde até que a próxima agudização aconteça. Esta readmissão impacta em interrupção da continuidade do cuidado, reiniciando o ciclo da criança com condições crônicas na RAS.

A seguir, apresenta-se cada uma das categorias e respectivas subcategorias.

1. Cuidando da criança com condições crônicas na unidade de internação pediátrica

Valorizando a integralidade da criança com condições crônicas

Embora a condição crônica seja o elemento principal que direciona os cuidados, as crianças com condições crônicas são percebidas integralmente pela equipe multiprofissional hospitalar. Ao assistir estes pacientes, os profissionais buscam compreender a história de vida da criança, a situação familiar e domiciliar, e todas as situações específicas que acompanham a condição crônica, por entenderem que estas características impactam na continuidade do cuidado após a alta.

Ela interna com uma história de vida, interna com esse contexto familiar também. Então a criança faz parte dessa família, e muitas vezes a família que já vem de situações fragilizadas, já vem com sintomas que têm toda uma história. (G2E01)

Eu procuro saber, eu vou um pouco mais além, assim: Ah, como é que tá lá na tua casa, como é que você tá se virando? (G1E02)

Percebendo mudança na dinâmica familiar da criança com condições crônicas

As condições crônicas na criança conferem fragilidade à família, que experiencia importantes mudanças no padrão de vida. A necessidade de adaptação à nova dinâmica envolve aspectos intrafamiliares, sociais, financeiros e psicológicos, gerando importantes restrições de vida, especialmente da figura materna. O convívio com a condição crônica dificulta e, por vezes, impede o aproveitamento de outras dimensões da vida dos familiares, mantendo-os concentrados na evolução da situação de saúde. Os profissionais envolvidos no cuidado hospitalar reconhecem estes enfrentamentos e compreendem sua influência sobre a continuidade do cuidado.

Eles entregam a vida deles para isso. Eles não dormem mais, eles acordam de duas em duas horas para aspirar as crianças, eles não faltam às consultas, eles sofrem muito, eles ficam cansados, eles ficam deprimidos, eles engordam ou emagrecem muito. Porque é muito cansativo. E eles não têm ajuda de ninguém. E as pessoas se afastam, elas vão se afastando deles. Muitos porque não querem, muitos porque dizem que têm medo de cuidar da criança, muitos pais abandonam as mães, fica só a mãe fazendo tudo para ela. (G3E04)

Não tem muita atenção da parte familiar, é só eu e ele [pai da criança]. A gente se distanciou também, eu estou vendo que o meu casamento está meio que pela bola sete. Eu estou sendo sincera contigo. Eu estou me sentindo meio que abandonada (G3E08)

Identificando pacientes que necessitam de continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

Crianças com condições crônicas são pacientes que demandam maior atenção e suporte da equipe de saúde, exigindo esforços de familiares e profissionais para continuar a sua trajetória de saúde sem rupturas, garantindo a continuidade do cuidado. Dentre as necessidades específicas desses pacientes, destacam-se a educação da família cuidadora, especialmente no que diz respeito aos cuidados domiciliares e manipulação de dispositivos, atenção de uma equipe multidisciplinar e acompanhamento contínuo e integrado pela rede de atenção à saúde.

É um processo com vários atores que tem que funcionar. Se a gente tem um braço lá na unidade básica de saúde, aí é muito melhor. (G2E06)

Então o ideal para mim seria isso, essa rede bem formada. Que ele saísse daqui com diagnóstico, fosse para a unidade [UBS], a unidade já ciente daquele diagnóstico, que ele tivesse aquele tratamento e fosse acompanhado. (G1E04)

Deveria ter mais profissionais de referência nas unidades básicas de saúde para que pudesse ter esse acompanhamento e não precisasse ficar voltando para o hospital para esse acompanhamento. (G2E10)

2. Atuando de forma integrada na equipe multidisciplinar hospitalar

Trabalhando em equipe na transição do cuidado

Os esforços para integração da equipe multidisciplinar hospitalar contribuem para a atenção integral na assistência da criança com condições crônicas. Os profissionais reconhecem a importância dos diferentes atores na equipe e acreditam na contribuição de uma atuação interdisciplinar para a qualidade da assistência. A articulação entre a equipe permite o desenvolvimento conjunto das ações de transição do cuidado. Nesse sentido, as reuniões periódicas para discussão de casos foram a estratégia de maior destaque entre os profissionais, qualificando a atenção à saúde da criança.

Quando tem um problema que é um objeto fronteiroço entre a minha área [médica] e a sua área de enfermagem, nós dois vamos decidir juntos. [...] Isso é fundamental. Isso dá segurança para cada um dos profissionais e o

paciente é beneficiado. E eu aprendo. Porque, à medida que eu estou conversando, eu estou aprendendo. (G3E02)

Aqui na pediatria a gente tem reuniões de equipe toda quinta feira. Toda quinta feira às 11 h. Então é o momento que a gente pode discutir alguns casos, alguns casos que normalmente demandam mais energia da equipe, são casos mais trabalhosos, às vezes internações mais longas, situações mais graves, enfim. Então, a gente tem essas reuniões em que a gente pode ter um tempinho para se dedicar mais a isso. (G2E03)

Reconhecendo a importância do enfermeiro para a transição do cuidado

Nessa integração, o enfermeiro é indicado como o elo da equipe e a ponte entre o paciente e os demais profissionais, por ser compreendido como o profissional de maior contato com a criança e a família, e que identifica e alerta os demais profissionais frente a demandas específicas relacionadas ao estado de saúde do paciente, incluindo a identificação de pacientes que necessitam de ações de transição do cuidado, planejamento para a alta e fatores que influenciam essas ações. Essa dinâmica leva a uma situação de dependência dos demais profissionais ao enfermeiro, muitas vezes considerado como um intermediário na relação com o paciente.

O enfermeiro da unidade é nosso braço direito e esquerdo às vezes. Tudo a gente acaba passando para ele. Desde as condutas que a gente vai tomar agora, até do que a gente está fazendo com o paciente para ele sair daqui. (G2E04)

Mas no dia a dia o enfermeiro é o nosso elo ali, para a gente priorizar os atendimentos. [...] O enfermeiro é o profissional que está sempre a par de todas as situações que estão chegando e saindo da pediatria. Então ele é o nosso grande canal ali. (G2E02)

Então, quando eu vou para uma unidade, eu sempre busco, ou antes ou depois, conversar com a enfermeira. Porque eu sei que ela vai trazer até mais informações que eu ainda não sei. (G2E06)

Experienciando o impacto da sobrecarga do enfermeiro sobre a transição do cuidado

Apesar da contribuição do enfermeiro na equipe, a recorrente falta de profissionais e elevada demanda de trabalho refletem em sobrecarga desse profissional. Por resultar em

estresse e instabilidade emocional, essa situação diminui sua disponibilidade para participar de discussão de casos na equipe multidisciplinar, o que impede sua plena contribuição nas ações de transição do cuidado, e enfraquece o impulso que este momento gera sobre a continuidade do cuidado na rede de saúde.

A enfermeira faz a parte dela. Eu acredito que elas são muito sobrecarregadas nos setores. Então, às vezes não dá tempo [de participar de discussões de casos]. (G2E07)

Deveria ser feito um dimensionamento melhor de pessoal aqui. Eu acho que só isso. Porque, na realidade, a gente trabalha com poucas pessoas, muitas demandas, e, para fazer um serviço bem perfeito, bem legal, é difícil. É difícil. (G1E03)

3. Construindo o tripé da alta hospitalar para a transição do cuidado

Estabilizando sinais e sintomas que levaram à internação hospitalar

A alta hospitalar é orientada por três fatores. Além da estabilização dos sinais e sintomas que levaram à internação, a alta hospitalar também fica condicionada à educação do paciente e familiar cuidador sobre os cuidados com a criança, e ao acesso aos materiais e equipamentos necessários para o cuidado no domicílio. A estabilização de sinais e sintomas que geraram a agudização da condição crônica e resultaram na internação hospitalar é o primeiro e mais evidente elemento deste tripé, o primeiro aspecto a ser considerado na desospitalização.

A gente fica atento à distensão de abdome, diarreia, náuseas, entramos com medicação, aumentamos o tempo de infusão de dieta, suspendemos em um horário, entramos com alguma medicação para ajudar no abdômen distendido. Mais pela questão de garantir que ela não fique complicando. (G1E06)

Eu acompanho ele [paciente com condição crônica] diariamente, a evolução dele, tomada de conduta, e, quando é resolvido o problema, ou parte do problema, que deveria ser resolvido apenas hospitalar e pode ser resolvido domiciliar, a gente opta pela alta. (G2E04)

Educando o paciente e família para o autogerenciamento da condição crônica

Para que o paciente esteja pronto para a desospitalização, além de aguardar pela recuperação e estabilidade da condição clínica, os profissionais consideram também a educação do paciente e família quanto às especificidades da doença e em relação aos cuidados necessários no contexto do domicílio, envolvendo especialmente o cuidado relacionado a dispositivos, medicação, alimentação e curativos. Para isso, os profissionais realizam reuniões com a família, elaboram informativos impressos, encorajam os pais ao cuidado supervisionado durante a internação, e ficam atentos às necessidades de ajustes nas condutas no período em que permanecem na instituição. Esse momento também é indicado pelos profissionais como relevante para a identificação de fatores que poderiam incidir em novas internações.

Quando a gente tem todo esse tripé estruturado, a parte médica, a mãe treinada nessa nova função, todos os insumos no município, [...] quando a gente tem tudo isso estruturado, então acontece a alta. (G1E08)

Me ensinaram a aspirar, me ensinaram a mexer na bomba de infusão, as fisios [fisioterapeutas] dela já me ensinaram a fazer o Cough Assist, a mexer no respirador, já me ensinaram a fazer a ausculta, do que é a diferença de ronco e sibilo. (G3E09)

Você tem que empoderar a mãe daquele cuidado, porque, senão, vai reinternar de novo, vai reinternar de novo. (G1E05)

Esperando equipamentos e materiais necessários para a continuidade do cuidado no domicílio

O terceiro elemento considerado pela equipe para que a alta hospitalar aconteça é o acesso a materiais, equipamentos e dispositivos necessários à continuidade do cuidado. A frequente demora na aquisição desses materiais, na maioria das vezes fornecidos pelas Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, exige o prolongamento da internação e faz com que a desospitalização seja mais lenta. Esta demora demanda organização prévia da equipe quanto à alta do paciente, buscando garantir a continuidade do cuidado após a alta.

Quando eles estão prontos para ir de alta, [...] aí a gente vai orientando eles a como adquirir o material. A gente faz uma lista de materiais, de acordo com que a gente já conversou com os pais mais antigos, encaminha pelos pais e eles deixam geralmente nas unidades básicas de saúde de onde eles moram [...]. E aí, quando eles conseguem é que a criança vai para casa. (G1E06)

Esses [pacientes] crônicos, que são os que vão traqueostomizados para casa, vão com ventilação mecânica, vão com oxigenoterapia, a gente tenta fazer essa desospitalização. É um pouco mais lento às vezes, a gente tem que aguardar chegar o ventilador do paciente, [...] o equipamento de oxigenoterapia, a gente tem que verificar se os pais têm o aspirador. (G2E08)

4. Dando início à transição do cuidado do hospital para o domicílio

Reconectando a criança com condições crônicas à Rede de Atenção à Saúde

As ações de transição do cuidado desenvolvidas durante a internação buscam conectar o paciente ao próximo ponto da rede de atenção à saúde necessário para garantir a continuidade do cuidado após a alta. Buscando essa articulação, os profissionais utilizam estratégias como *e-mail*, ligações telefônicas, cartas e reuniões com as equipes da APS como formas de comunicação com os demais serviços. Contudo, estas iniciativas partem individualmente dos profissionais, que encontram dificuldade pela ausência de fluxos formalizados para a transição do cuidado.

É um dos nossos papéis identificar essas demandas, identificar qual ponto da rede pode dar suporte nessa continuidade do cuidado. (G2E01)

É mais por telefone mesmo. A gente tem essa preocupação aqui. Se tu vai fazer o encaminhamento para uma UBS, [se] existe esse serviço lá, se não existe, onde que ela vai buscar, daí a gente tenta fazer esse contato telefônico primeiro. (G2E06)

Preparando a transição do cuidado ao longo da internação

As ações que envolvem a transição do cuidado são desenvolvidas ao longo da internação, desde a admissão do paciente, finalizando pela sua reintegração por outro ponto da RAS, prioritariamente a APS. Nesse processo, os enfermeiros utilizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta orientadora do trabalho do enfermeiro na transição do cuidado para o domicílio. Por meio das etapas do processo de enfermagem, os enfermeiros podem identificar os pacientes que necessitam de ações de transição do cuidado e desenvolver orientações de educação em saúde e planejamento da alta.

A alta tem que ser trabalhada desde o início da internação, a gente tem que identificar esses problemas e ir trabalhando. O que a gente pode trabalhar ao longo da internação, e depois o que pode continuar trabalhando [após a alta] e a equipe lá [APS] também vai identificar algumas coisas. (G1E05)
[No histórico de enfermagem] a gente prevê o que a gente vai fazer de cuidado para aquele paciente que pode ter até algumas questões para a alta. (G1E01)

5. Buscando promover a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

Responsabilizando-se pelo reinício da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

Após a alta hospitalar, a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na RAS depende da disponibilidade de serviços de saúde que atendam a demanda do paciente, e do vínculo por ele estabelecido com estes serviços. Para que o paciente experiencie a continuidade do cuidado, é necessário o estabelecimento de integração entre os serviços de saúde, acompanhando a trajetória terapêutica da criança ao longo do tempo. Nesse sentido, os profissionais da equipe hospitalar sentem-se responsáveis por facilitar o vínculo do paciente com os serviços de saúde necessários à continuidade do cuidado no contexto domiciliar.

De continuidade do cuidado eu entendo que, quando ele sai daqui, ou seja, tá internado aqui, é um paciente que tem asma, ou diabetes ou qualquer outra doença crônica que precise de um acompanhamento lá na outra ponta, quando ele sai daqui eu tenho que garantir que ele vai continuar o tratamento dele. (G1E04)

Continuidade é aquela linha, você começou aqui e a atenção primária vai dar a continuidade. Talvez os problemas que foram ontem não vão ser os de hoje, mas talvez sim. Então ela [APS] vai estar ciente do que foi trabalhado no hospital para dar continuidade lá na atenção primária. (G1E06)

Posicionando-se como referência para orientações quanto ao cuidado da criança com condições crônicas

Mesmo após a alta, os profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar se disponibilizam como referência tanto para a família cuidadora, quanto para os profissionais dos demais pontos da RAS de menor densidade tecnológica. Esta postura foi evidenciada ao

disponibilizarem seus contatos telefônicos e *e-mails*, elaborarem e divulgarem materiais informativos impressos, realizarem reuniões e encontros de discussão de casos e capacitação com equipes da APS que manifestam interesse.

A gente às vezes entra em contato, às vezes a equipe vem aqui, treina com a gente, depende também da vontade da equipe, a equipe da unidade básica de saúde do município do paciente. (G2E08)

Eu dou um informativo breve sobre a doença com o meu contato pro profissional entrar em contato, caso precise. (G3E03)

Essa pessoa [profissional assistente no domicílio] vai receber por e-mail toda uma cartilha de orientação, que foi o instrumento que eu produzi no meu mestrado profissional, o que pode ter de intercorrência e quais são os sinais de alerta que a gente precisa imediatamente conduzir essa criança para cá [hospital de referência] (G1E08)

6. Enfrentando dificuldades para promover a continuidade do cuidado

Sentindo falta de mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção

A integração entre os serviços, necessária para a continuidade do cuidado, é influenciada pelos mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção da RAS ao longo do tempo, que é dificultada pela ausência de sistemas logísticos e de apoio que integrem os diferentes serviços de saúde que assistem as crianças com condições crônicas, resultando em perdas de informações e fragmentação da assistência, descontinuando a jornada terapêutica. Os profissionais reconhecem a importância da gestão da informação na continuidade do cuidado e compreendem que sistemas de informação e comunicação, ao potencializarem o diálogo entre os pontos de atenção, impactam na qualidade do cuidado e na redução dos custos em saúde.

Nós não temos um sistema integrado de comunicação. [...] Então, o que nos resta é fazer um relatório sistematicamente para esses profissionais, para que eles fiquem atualizados sobre o que está acontecendo. (G3E02)

Eu acho que a primeira coisa seria ter um prontuário único do paciente. Porque eu percebo que existe uma peregrinação das crianças nos serviços de saúde que nem sempre os pais conseguem lembrar de tudo. (G1E07)

Ele tem que, no momento que ele chegar para algum tipo de consulta ou algum tipo de acompanhamento, tem que ter a vida dele ali toda embarcada

nesse software, onde eu consigo puxar toda a história dele: exames, tratamento, quem tá acompanhando, o que que tá fazendo, que medicamentos que ele usa, enfim, toda essa história dele. Isso, além de ter uma eficiência do processo, claro, os custos da saúde iam cair vertiginosamente, além de ter um resultado, uma entrega muito melhor. (G3E11)

Necessitando de preparo da Atenção Primária à Saúde e demais pontos de atenção para a continuidade do cuidado

Para que aconteça a continuidade do cuidado na RAS após a alta hospitalar, é indispensável que as equipes da APS estejam capacitadas e preparadas para o adequado manejo do paciente com condições crônicas, mantendo seu acompanhamento contínuo e ininterrupto. Ao atingir a continuidade do cuidado, a criança segue sua trajetória buscando o convívio com a condição crônica e mantendo a qualidade de vida. Os profissionais da equipe hospitalar questionam-se sobre o quanto as equipes da APS se sentem responsáveis pelo cuidado das crianças com condições crônicas, e percebem que, em muitos casos, a APS não absorve esta demanda por entender que são de responsabilidade da atenção secundária especializada.

Porque, se isso fosse mais efetivo e mais rápido, seria mais positivo para as crianças. [...] Então, de uma maneira geral, [falta] informação, conhecimento. (G1E08)

Os profissionais das unidades (APS), eles têm muito medo de lidar com esses pacientes crônicos, tanto por questão técnica mesmo, por inexperiência, e também porque não sei se não estão preparados psicologicamente para lidar. (G3E05)

Dependendo de cada município na articulação com a Atenção Primária à Saúde

O nível de envolvimento da criança com condição crônica com a APS é muito sensível à gestão municipal. Nesse sentido, a longitudinalidade na APS e a continuidade do cuidado na RAS dependem da postura dos profissionais que atuam no nível municipal de saúde, nas dimensões assistencial e gerencial, demonstrando a fragilidade no estabelecimento de políticas para retenção dos profissionais e diminuição da rotatividade, mantendo profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS.

Primeiro, que nós temos cinco mil e quinhentos municípios no Brasil e nós temos cinco mil e quinhentos SUS. (G3E02)

Varia muito de município para município. Tem município que abraça a causa, tem município que não abraça, que joga tudo para o Hospital Infantil. (G2E06)

Tem situações em que o profissional está errado, e ele até recebe o e-mail que eu mando, mas ele nem imprime a cartilha, ou ele nem lê. Então, é uma incógnita, eu não sei qual é o perfil do profissional que eu vou encontrar lá na ponta. (G1E08)

Depende de município para município. Tem município que eles são parceiros, tem outros que não. (G1E09)

7. Desconhecendo a trajetória do paciente após a alta hospitalar

Sentindo angústia por desconhecer a trajetória da criança após a alta hospitalar

A incerteza sobre a garantia de continuidade do cuidado do paciente na RAS leva os profissionais a angústias por desconhecerem o impacto dos esforços conduzidos durante a internação. Apesar de buscarem atender todas as demandas para realizarem a transição do cuidado, desconhecem o que acontece na sequência, o que os impede de avaliar a influência de suas ações sobre a qualidade da continuidade do cuidado, tendo oportunidade de saberem se suas condutas foram efetivas apenas quando acontecem as próximas internações.

Agora assim, a partir do momento que o paciente saiu daqui e foi para casa, eu só consigo saber o que aconteceu se esse paciente retorna [interna]. (G1E02)

Eu acho que deveriam ter protocolos dentro do município que a gente pudesse realmente ter essa certeza, né, como eu te falei, a gente não dá seguimento a esse acompanhamento quando ele [paciente] vai de alta, então, a gente procura fazer sempre essa contrarreferência, mas a gente não tem certeza se vai dar certo, né. (G2E02)

Isso é uma angústia que fica para todos, eu acho. Acho que todos que trabalham com equipe de paciente crônico. (G3E03)

Sobrecarregando-se com a fragilidade da continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde

A falta de preparo para o manejo das condições crônicas reflete em fragilidade no vínculo de confiança do paciente e família com a APS. Nessa conjuntura, em muitos casos, a APS é reconhecida pelos usuários como atenção de baixa complexidade, onde o paciente fará procedimentos simples, como vacinas e controle de peso corporal, e terá acesso a materiais e medicamentos. Esta subutilização do nível primário impacta no represamento do paciente na atenção secundária, além de incidir em maior frequência de hospitalizações, sobrecarregando os níveis de atenção secundária e terciária.

Eu também não tenho muito contato lá [APS], eu vou lá só quando eu preciso realmente. No mais, como a consulta dele é aqui [ambulatório do hospital], são todas aqui, eu quase acabo não indo lá. (G3E07)

O paciente sai da sua casa, talvez passe pela atenção básica e depois, se sentindo inseguro, ele vem aqui [hospital]. (G3E11)

Por falta de informação, de comunicação, então, até mesmo porque acham que não vai resolver, já vão direto para o hospital. (G1E01)

8. Esperando a próxima internação

Sabendo que as próximas internações não são completamente evitáveis

A trajetória da criança com condições crônicas na RAS pode incluir a experiência de repetidas internações hospitalares. Ao conviver com a condição crônica, a vida da criança circunda reiteradamente os aspectos de saúde e doença. As oscilações intrínsecas a este processo levam a episódios de agudizações inevitáveis, pois são inerentes à evolução da condição crônica. Nesse sentido, a trajetória do paciente vai envolver períodos de controle intercalados por agudizações que vão exigir novas internações.

Eu gosto de falar que é como se fosse um carrossel. Agora a criança está aqui, ela vai dar uma volta, eu não sei o que vai acontecer com ela, mas depois eu sei que ela vai estar aqui de novo. Eu sei que ela vai voltar. (G2E05)

Eu acho assim, a doença, ela tem uma trajetória que pode ser muito difícil para as crianças, que é: em determinado momento da vida delas, elas terão que internar. Porque as exacerbações, as agudizações, como queiram, passam a ser cada vez mais frequentes. (G3E02)

Eu não digo que iria diminuir o número de internações, porque são intercorrências graves, que não tem como manter a criança em casa. Mas iria ajudar, facilitar o processo. (G1E10)

Identificando múltiplas causas que influenciam na frequência das internações

Embora novas internações não possam ser completamente evitadas, diversas ações são responsáveis por prolongar o tempo entre uma internação e outra, ou seja, aumentar o ciclo percorrido neste trajeto, impactando sobre a qualidade de vida da criança e família. Entre estes fatores, os participantes destacaram o acompanhamento longitudinal pela APS, altas planejadas que permitam a adequada transição do cuidado, acesso a acompanhamento multiprofissional da RAS, adesão à terapêutica, situação socioeconômica familiar, e educação da família que permita a identificação precoce das exacerbações.

O que a gente percebe é que essas crianças reinternam porque não conseguem acessar o especialista. (G2E02)

O paciente crônico que tem uma condição [socioeconômica] mais baixa, é um paciente que está mais sujeito a reinternações. (G2E13)

Quando ele sai daqui, ele tem que sair 100%, né. Às vezes não sai. Como eu disse, muitas vezes volta. Talvez seja falta de orientação. [...] O que falha realmente talvez seja um pouco mais de preparação para a alta. (G1E03)

Desenvolvendo vínculo com as crianças com condição crônica e família

As frequentes e repetidas internações das crianças com condições crônicas favorecem o estabelecimento de vínculo das crianças e famílias com os profissionais da atenção hospitalar. Ao passo que os pacientes e famílias sentem que podem confiar nos profissionais, os profissionais envolvem-se com estes pacientes, proporcionalmente à frequência com que são readmitidas.

Porque, querendo ou não, a gente se envolve, porque são crianças que a gente já conhece, eles criam um vínculo conosco também, como a gente cria com eles, com a criança, com a família. (G2E03)

As técnicas de enfermagem, superatenciosas com ela [paciente], criaram um amor muito grande por ela, eu também criei, porque eu tenho até hoje esse contato com elas. [...] A médica dela [...] se tornou muito especial para a

gente, ela se tornou uma médica assim que, além de ela ser profissional, ela se tornou uma pessoa como se fosse uma pessoa da minha família. (G3E08)

A interação entre as categorias e subcategorias do estudo revelaram a categoria central “Postergando a próxima internação” (Figura 6).

Figura 6 – Representação da teoria substantiva.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou compreender o significado da continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas. Os resultados demonstraram que os profissionais da atenção hospitalar compreendem a importância de uma abordagem integral na assistência à criança com condições crônicas, buscando envolver os demais aspectos de vida do paciente e família, para além da saúde física. Para atender às necessidades multidimensionais na atenção à saúde da criança com condição crônica, de forma efetivamente integral, deve haver uma abordagem

multidisciplinar, com integração entre os diferentes pontos de atenção que ofertam a assistência necessária (CURRAN; BRENEOL; VINE, 2020; NÓBREGA et al., 2017).

Contudo, o cuidado hospitalar, frequentemente permeado pela sobrecarga dos profissionais e dificuldades institucionais, nem sempre permite a apreensão dos contextos de vida e familiar das crianças com condições crônicas. Frequentemente, os familiares, especialmente as mães, são vistos como instrumentos de auxílio ao cuidado direto à criança (MARTINS et al., 2018b). A predominância da mãe como cuidadora principal da criança com condições crônicas reflete em importantes mudanças de vida, envolvendo fatores psicológicos e físicos que impactam na qualidade do cuidado (JAVALKAR et al., 2017). É importante ressaltar que as mudanças na dinâmica familiar representam um fator de importante influência no manejo da condição crônica, podendo interferir negativamente sobre a qualidade de vida e continuidade do cuidado da criança (MARTINS et al., 2018b).

Durante a internação hospitalar, a identificação precoce dos pacientes que necessitam de cuidados após a alta é uma das ações que favorecem a continuidade do cuidado a esses pacientes, e exige a participação ativa do enfermeiro. O enfermeiro assistencial, por estar em contato direto com os pacientes, é fundamental neste momento, observando e intervindo nas necessidades específicas de saúde de cada paciente e nos seus enfrentamentos frente às situações de saúde (AUED et al., 2019).

O estabelecimento de uma dinâmica de trabalho colaborativa no ambiente hospitalar, com assistência multiprofissional e cuidado centrado na família desde a internação hospitalar são fatores necessários para uma transição do cuidado de alta qualidade de crianças e jovens com doenças crônicas (FOSTER et al., 2017). Apesar de a contribuição do enfermeiro na transição do cuidado ser reconhecida e valorizada pelos demais profissionais incluídos neste estudo, o alto grau de exigência de sua atuação na unidade de internação, associado à frequente sobrecarga por diversos fatores podem interferir na qualidade das atividades desempenhadas. Buscando superar essa realidade, é necessário atentar para os aspectos que influenciam na atuação do enfermeiro, incluindo habilidades e competências individuais e disponibilidade e recursos de diversas naturezas, de modo a facilitar sua participação e contribuição na transição do cuidado (COSTA et al., 2019).

Apesar de os resultados desta pesquisa indicarem a frequente busca dos profissionais por uma atuação integrada, que transponha a multidisciplinaridade e atinja a interdisciplinaridade, é mister evidenciar a dinâmica de poder frequentemente estabelecida nas relações interpessoais e interprofissionais em instituições ainda fortemente orientadas pelo modelo biomédico. No que diz respeito à atuação do enfermeiro, a gestão do cuidado

representa possibilidade de ressignificação das dinâmicas relacionais historicamente estabelecidas nas instituições de saúde, uma vez que permite visibilidade ao seu trabalho, e confere posição de poder na articulação com os demais profissionais. Assim, a gestão do cuidado no ambiente hospitalar deve ocupar lugar de destaque na atuação do enfermeiro, na busca de reconhecimento que resulte em qualidade da relação entre os profissionais e reflita positivamente nos cuidados prestados (MATTAR E SILVA et al., 2020).

Dentre as ações de gestão do cuidado, a transição do cuidado compreende estratégias que facilitam a coordenação e continuidade do cuidado durante a transferência do paciente entre serviços de saúde (FLINK et al., 2018; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020), e seu conceito não se limita ao cuidado prestado no momento da alta hospitalar (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019). Frente a isso, percebem-se os esforços da equipe em promover a continuidade do cuidado a partir da transição do cuidado.

Revisão integrativa que buscou identificar as atividades de enfermeiros na transição do cuidado a partir da alta hospitalar destacou o auxílio na reabilitação social como forma de facilitar a retomada da vida cotidiana no contexto domiciliar pelo paciente e família. Essa estratégia inclui proporcionar os recursos necessários para adaptação à condição de saúde e retorno às atividades diárias possíveis. Outra estratégia identificada pelo mesmo estudo foi a educação em saúde, atividade essencial para transições efetivas (WEBER et al., 2017), corroborando com os elementos considerados pelos participantes deste estudo para a realização da alta hospitalar.

Embora a educação da família para o manejo da condição crônica seja essencial para a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas após a alta, deve-se atentar para a frequente incorporação da mãe como corresponsável pelo cuidado da criança no ambiente intra-hospitalar, no intuito de aliviar os efeitos da sobrecarga dos profissionais. Sua participação, assim como dos demais membros da família responsáveis pela criança, deve ser encorajada. Porém, atentando-se para a sensibilidade emocional provocada pelo período de internação (MARTINS et al., 2018b).

A articulação entre os serviços de saúde é um dos elementos de uma transição do cuidado efetiva (AUED et al., 2019; WEBER et al., 2017). Desta forma, ressalta-se a importância da designação de um profissional para coordenação da alta hospitalar, ficando responsável pela articulação entre os profissionais distribuídos nos serviços de saúde dos níveis primário, secundário e terciário, tendo como objetivo principal a continuidade do cuidado (AUED et al., 2019).

Como reconhecido pelos participantes do estudo, para que a transição do cuidado se dê de maneira efetiva, as ações de planejamento devem iniciar nas primeiras 24 horas de internação (AUED et al., 2019). A transição do cuidado adequada inclui ações como identificação precoce das necessidades do paciente e começo da transição desde o início da internação, cuidado centrado no paciente e comunicação eficaz com paciente e familiar cuidador (COLLER et al., 2017; SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

A transição do cuidado do hospital para o domicílio é parte do movimento que a criança com condição crônica faz ao longo da sua trajetória de saúde. Durante a internação, essa trajetória na RAS está parada no hospital. Sem os esforços da equipe de saúde para uma transição do cuidado de qualidade, este circuito permanece interrompido mesmo após a alta. Por isso, a transição do cuidado realizada de modo efetivo possibilita que o paciente retome sua rotina de cuidados contínuos na RAS. Desse modo, a transição do cuidado do hospital para o domicílio possibilita a continuidade do cuidado na RAS.

A continuidade do cuidado, em sua perspectiva gerencial, depende da disponibilização de serviços de saúde integrados entre si, proporcionando o acesso contínuo do paciente que visita, ao longo do tempo, os diversos locais prestadores de saúde, recebendo o cuidado em cada um, em sequência organizada de modo oportuno à sua necessidade, à escala e ao escopo dos serviços (BAHR; WEISS, 2018). Assim, a disponibilidade de serviços integrados na rede de saúde, associada ao conjunto de transições bem-sucedidas entre eles, representa força motriz para a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas.

Buscando contribuir com a retomada da continuidade do cuidado, os profissionais revelaram disponibilizarem-se para orientações mesmo após a alta. Esta iniciativa foi identificada em outros estudos a partir de uma revisão integrativa, indicando o acompanhamento pós-alta como uma das estratégias para a transição do cuidado (WEBER et al., 2017). Contudo, por se tratar de uma iniciativa individual, não formalizada e prevista pela instituição, não é uma prática garantida a todos os pacientes, dependendo de fatores mutáveis para ser efetivada, como a disponibilidade da equipe hospitalar e o interesse de profissionais de outros pontos de atenção.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas na continuidade do cuidado da criança com condições crônicas, a fragilidade de sistemas de informação e comunicação representa uma das mais frequentes. Nesse sentido, tem destaque a continuidade do cuidado informacional, que lança mão de estratégias de armazenamento, organização e acesso a registros de saúde, ligando os cuidados prévios aos atuais e subsidiando os cuidados futuros. Assim, a continuidade informacional, quando estruturada por meio de sistemas de informação

robustos, é capaz de amenizar os prejuízos decorrentes da fragilidade da continuidade relacional (BAHR; WEISS, 2018; BAIRD et al., 2016).

Os dados desta pesquisa vão ao encontro de pesquisa realizada no Brasil que buscou analisar a continuidade do cuidado de crianças com doenças crônicas. Apesar dos benefícios da continuidade do cuidado pela APS, os pais revelaram não se sentirem seguros quanto à resolutividade deste nível de atenção. Além disso, os participantes revelaram assumir os serviços secundários e terciários como estratégias de primeira escolha nas situações de agudização, o que indica fragilidade no estabelecimento do vínculo de crianças com condições crônicas (NÓBREGA et al., 2017).

O vínculo do paciente com condições crônicas com a APS beneficia a assistência por ser um serviço centrado no paciente e família, que oportuniza um cuidado longitudinal, integral e coordenado, além de ser mais econômico para o sistema de saúde, quando comparado aos atendimentos em emergências hospitalares (CONNERS et al., 2017). Estudo qualitativo realizado nos Estados Unidos evidenciou a importância do vínculo longitudinal de crianças com condições crônicas pela APS. O estudo revelou que pais de crianças admitidas no hospital a partir de encaminhamentos do nível primário apresentaram maior confiança na APS e acreditavam que seu filho estava mais propenso à continuidade do cuidado. Em comparação, pais que chegaram ao serviço hospitalar por meio de serviço de emergência apresentaram dificuldade em compreender a função da APS e não apresentaram desejo de ter seu filho acompanhado por estes profissionais (LEYENAAR et al., 2018).

O presente estudo revelou que as internações de crianças com condições crônicas acontecem como parte de um processo circular e constante. Frente à espera das agudizações, o objetivo dos profissionais não se concentra em evitar a próxima internação, mas, por entenderem como um evento inerente ao convívio com a condição crônica, buscam postergá-la, aumentando a qualidade de vida e saúde nestes intervalos.

Estudo transversal realizado no Brasil não encontrou associação entre a qualidade da transição do cuidado e as readmissões hospitalares, concluindo que outros fatores influenciam na ocorrência deste evento (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Por outro lado, apesar de muitos fatores influenciarem a ocorrência de internações e elas não poderem ser completamente evitáveis, estudos internacionais apontam que a qualidade da transição do cuidado pode, de fato, influenciar na diminuição das readmissões hospitalares, além de impactar sobre melhores desfechos da situação de saúde de crianças e jovens com doenças crônicas (FOSTER et al., 2017; GOLDSTEIN et al., 2016).

Assim, apesar de este estudo identificar que muitas vezes não é possível impedir as próximas internações, a transição do cuidado está associada à menor frequência dessas admissões, melhores desfechos da situação de saúde, melhor qualidade de vida da criança e família, e melhor continuidade do cuidado após a alta (COSTA et al., 2019; FOSTER et al., 2017). Especialmente, crianças com condições crônicas apresentaram maior frequência de visitas a emergências hospitalares e de hospitalizações por condição sensível ambulatorial. Contudo, aquelas com maior grau de continuidade do cuidado apresentam menor chance de rehospitalização (ENLOW; PASSARELLA; LORCH, 2017).

Os participantes do estudo revelaram que as repetidas internações aproximam profissionais e as crianças e suas famílias. Este vínculo caracteriza-se como parte da continuidade do cuidado relacional (BAHR; WEISS, 2018). A literatura aponta o destaque do enfermeiro como elemento-chave para a qualidade da transição do cuidado, por ser responsável por ações educacionais, coordenação do cuidado e suporte emocional da criança e família (BAIRD et al., 2016; CURRAN; BRENEOL; VINE, 2020). O acompanhamento da criança ao longo do tempo pelos mesmos enfermeiros transmite aos pais a sensação de confiança na qualidade do cuidado prestado, ao passo que novos enfermeiros na equipe hospitalar podem levar os pais a experienciarem situação de estresse e incerteza (BAIRD et al., 2016).

Embora o vínculo entre paciente, família e profissionais seja reconhecidamente benéfico, é necessário pontuar que esta relação decorrente das repetidas internações pode intensificar o sofrimento moral dos profissionais envolvidos no cuidado. Isso ocorre especialmente quando se preocupam com o desfecho de saúde do paciente para além de sua autonomia ou são questionados por familiares habituados com as hospitalizações quanto aos cuidados (SANTOS; NEVES; CARNEVALE, 2019; MARTINS et al., 2018b), como revelado pelos participantes deste estudo.

Embora este estudo tenha incluído um número considerável de participantes, sua restrição ao contexto hospitalar pode ser considerada uma limitação na compreensão da continuidade do cuidado. Contudo, ressalta-se a importância de vislumbrar esse processo a partir da perspectiva dos atores que contribuem com a continuidade do cuidado por meio da transição do cuidado do hospital para o domicílio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar buscam promover a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, objetivando o aumento do tempo entre uma internação e outra, melhores desfechos de saúde e qualidade de vida neste intervalo, uma vez que novas internações não podem ser completamente evitadas. Dentre as estratégias utilizadas nesse processo, destacam-se a preocupação com a integralidade do cuidado da criança, valorização da atuação multidisciplinar, educação para o autogerenciamento da doença, articulação e comunicação com outros pontos da rede de atenção, buscando auxiliar na retomada do vínculo do paciente com o serviço de saúde a que estará vinculado, após a alta.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas pelas crianças e famílias, destacam-se a incipiência dos mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção, o preparo da APS na absorção destes pacientes, e a falta de padronização entre os municípios, resultando em sobrecarga do serviço hospitalar frente às agudizações. Apesar dos esforços na transição para promover a continuidade do cuidado, os profissionais não podem se certificar da efetividade das suas condutas. Novos estudos são necessários para aprofundamento da compreensão deste fenômeno, especialmente no que se refere à continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na APS, responsável pela coordenação do cuidado na RAS.

REFERÊNCIAS

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3162, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAHR, S. J.; WEISS, M. E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 2, p. e12704, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAIRD, J. et al. Do You Know My Child? Continuity of Nursing Care in the Pediatric Intensive Care Unit. **Nursing Research**, v. 65, n. 2, p. 142–150, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000135>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho nacional de saúde.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. Disponível em: . Acesso em: 01 ago. 2020.

CONNERS, G. P. et al. Nonemergency Acute Care: When It's Not the Medical Home. **Pediatrics**, v. 139, n. 5, p. e20170629, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0629>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03477, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CURRAN, J. A.; BRENEOL, S.; VINE, J. Improving transitions in care for children with complex and medically fragile needs: a mixed methods study. **BMC Pediatrics**, v. 20, n. 219, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02117-6>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ENLOW, E.; PASSARELLA, M.; LORCH, S. A. Continuity of Care in Infancy and Early Childhood Health Outcomes. **Pediatrics**, v. 140, n. 1, p. e20170339, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2017-0339>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FLINK, M. et al. Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 4, p. 291–297, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzy001>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FOSTER, C. C. et al. Provider Perspectives of High-Quality Pediatric Hospital-to-Home Transitions for Children and Youth With Chronic Disease. **Hospital Pediatrics**, v. 7, n. 11, p. 649–659, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2017-0031>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GOLDSTEIN, J. N. et al. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, p. 732–738, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3610-9>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HERVÉ, M. E. W.; ZUCATTI, P. B.; LIMA, M. A. D. S. Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. **Revista Latino americana de enfermagem**, v. 28, p. e3325, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JACKSON, J. et al. Patient and provider experiences with relationship, information, and management continuity. **Patient Experience Journal**, v. 4, n. 3, p. 38–47, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.35680/2372-0247.1192>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JAVALKAR, K. et al. Predictors of Caregiver Burden among Mothers of Children with Chronic Conditions. **Children**, v. 4, n. 5, p. 39, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/children4050039> . Acesso em: 01 ago. 2020.

LEYENAAR, J. K. et al. Importance and Feasibility of Transitional Care for Children With Medical Complexity: Results of a Multistakeholder Delphi Process. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 94–101, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.005> . Acesso em: 01 ago. 2020.

- MARTINS, P. L. et al. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade (impresso)**, v. 27, n. 4, p. 1218–1229, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170402>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MATTAR E SILVA, T. W. et al. Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. e20180629, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- NAYLOR, M. D. et al. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, p. 1119–1125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- NÓBREGA, V. M. et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03226, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PENA, K. S. et al. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. especial, p. e20190168, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- QIU, C. et al. Adaption and validation of Nijmegen continuity questionnaire to recognize the influencing factors of continuity of care for hypertensive patients in China. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 79, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3915-6>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SANTOS, R. P.; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships, v. 26, n. 5, p. 1566-1578. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0969733017753744>. Acesso em: 28 set. 2020.
- SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; MAMAGHANIA, J. A. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 99, p. e103387, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SILVA, M. E. A. et al. Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da Rede de Atenção à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SPARUD-LUNDIN, C. et al. Health care providers' attitudes towards transfer and transition in young persons with long term illness- a web-based survey. **BMC Health Serv Res**, v. 17, n. 1, p. 260, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2192-5>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its

association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/DOI: 10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 01 ago. 2020.

4.2 RESULTADOS QUANTITATIVOS

4.2.1 Manuscrito 4 – Qualidade da transição do cuidado de crianças com doenças crônicas do hospital para o domicílio

QUALIDADE DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÔNICAS DO HOSPITAL PARA O DOMICÍLIO

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas do hospital para o domicílio. **Método:** Estudo quantitativo do tipo transversal realizado em dois hospitais no Sul do Brasil, de fevereiro a setembro de 2019. Os participantes foram 167 responsáveis legais pelas crianças de até nove anos com diagnóstico de alguma doença crônica que tiveram alta a partir das unidades analisadas. Utilizaram-se um instrumento de caracterização dos pacientes e a versão brasileira do *Care Transitions Measure*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** A média da qualidade da transição do cuidado foi de 90,1, em uma escala linear variando de zero a 100. Foi verificada associação entre a qualidade da transição do cuidado e o município de residência do paciente. **Considerações finais:** A qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas evidenciada neste estudo apresentou valores mais elevados, quando comparada com resultados de estudos nacionais e internacionais desenvolvidos com a população adulta.

Palavras-chave: Cuidado transicional; Criança; Doença crônica; Alta hospitalar; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A transição do cuidado compreende ações que facilitam a coordenação e continuidade do cuidado durante a transferência do paciente entre serviços de saúde (FLINK et al., 2018). O conceito de transição do cuidado abrange uma ampla gama de significados que convergem para um processo sistemático de assistência centrada no paciente, envolvendo

também familiares cuidadores e os membros da equipe multiprofissionais responsáveis pelo seu cuidado (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

O momento de transição do contexto hospitalar para o domicílio representa vulnerabilidade para a continuidade do cuidado, uma vez que depende de diversos fatores, como as necessidades de saúde e grau de dependência do paciente, rede de apoio, e acesso aos demais serviços da rede de atenção à saúde, necessitando de coordenação e comunicação entre diferentes profissionais e pontos de atenção (GOLDSTEIN et al., 2016; OIKONOMOU et al., 2019). Assim, a transição do cuidado tem o objetivo de preencher a lacuna existente entre o ambiente hospitalar e o contexto extra-hospitalar, amenizando a fragmentação da assistência (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

Dentre os desfechos associados a transições efetivas do hospital para o domicílio estão maior autocuidado, qualidade de vida e satisfação do paciente, continuidade do cuidado, e melhor relação custo-benefício dos recursos financeiros na atenção hospitalar, ao contribuir com a redução de taxas de rehospitalização e diminuição do tempo de internação (BLUM et al., 2020; HERVÉ; ZUCATTI; LIMA, 2020; SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

O retorno de investimentos em programas de transição do cuidado pode ser percebido na diminuição do tempo de internação e redução das taxas de reinternação nos primeiros 30 dias após a alta (BLUM et al., 2020; LIU et al., 2019). Estudo que buscou avaliar o custo-benefício de programas de transição do cuidado para pacientes que realizaram cirurgias neurológicas eletivas evidenciou redução de novas admissões em 14,3%, e diminuição de 16,3% no tempo médio de permanência dos pacientes, refletindo na redução dos custos em 17,2% (LIU et al., 2019). Estudo transversal realizado nos Estados Unidos identificou que maiores índices de qualidade da transição do cuidado estão relacionados à chance 12% menor de retorno aos serviços de emergências hospitalares, e aumento de 45% nas chances de tomar os medicamentos conforme recomendado (SABBATINI et al., 2019).

Apesar de sua importância e contribuição para a prática, a compreensão do conceito de transição do cuidado ainda é limitada, sendo o termo muitas vezes confundido e tratado como sinônimo de continuidade do cuidado, planejamento da alta e coordenação do cuidado, o que pode afetar a efetividade da sua implantação (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

No que tange à atenção à saúde da criança, a mudança do perfil epidemiológico exige nova organização dos sistemas de saúde, visando à integração entre os serviços para adequado manejo das condições crônicas, cada vez mais prevalentes (PENA et al., 2020). Em função das fragilidades na integração da rede de atenção à saúde da criança, há uma preocupação

legítima sobre como os serviços de saúde estão preparados para atender integralmente estes indivíduos e suas famílias no contexto do domicílio (MOREIRA et al., 2017), o que demonstra a importância de investimento nos programas de transição do cuidado de qualidade, na busca de fortalecer a continuidade do cuidado após a alta.

Apesar de a transição do cuidado apresentar relação com melhores desfechos da situação de saúde de crianças com doenças crônicas (FOSTER et al., 2017), há uma importante lacuna na literatura no que se refere ao aprofundamento dos fatores relacionados à transição do cuidado nestes indivíduos (LEYENAAR et al., 2018). Frente a isso, este artigo teve o objetivo de avaliar a qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas do hospital para o domicílio.

MÉTODO

Estudo quantitativo do tipo transversal realizado em dois hospitais no Sul do Brasil. A coleta de dados se deu de fevereiro a setembro de 2019 e incluiu responsáveis legais pelas crianças de até nove anos com diagnóstico de alguma doença crônica que tiveram alta a partir das unidades analisadas. Foram excluídas crianças menores de 29 dias, pacientes encaminhados a outras instituições ou outra unidade dentro da mesma instituição, aqueles que, no momento do contato telefônico, tivessem ido a óbito ou tivessem sido rehospitalizados, e aqueles respondentes menores de 18 anos. Cabe destacar que as instituições investigadas não possuem serviço de desospitalização e não estão vinculadas a Serviço de Atenção Domiciliar.

O cálculo amostral foi realizado com auxílio do programa Winpepi, versão 11.65, considerando nível de confiança de 95%, margem de erro de 4 pontos, média de 74,7, e desvio padrão de 17,1 pontos (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Foram considerados poder de 80% e nível de significância de 5%, acrescentando-se 5% para possíveis perdas e recusas. O tamanho mínimo da amostra foi de 156 participantes.

Inicialmente, 395 pacientes foram abordados durante a internação, dos quais 262 com alguma doença crônica, adotando-se as doenças crônicas mais prevalente em crianças hospitalizadas no Brasil (MOURA et al., 2017). Destes, 55 possuíam mais de nove anos ou menos de 29 dias, para 35 não houve resposta ao contato telefônico, dois foram transferidos para outra instituição, um foi a óbito no período entre o convite para participar da pesquisa e a ligação telefônica, um foi rehospitalizado, e, para um, houve recusa a continuar a pesquisa. Assim, foram incluídos 167 participantes.

Utilizaram-se um instrumento de caracterização dos pacientes e a versão brasileira do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil). O instrumento é composto por 15 itens, organizados em quatro fatores: Preparação para autogerenciamento; Entendimento sobre medicações; Preferências asseguradas; e Plano de cuidado (ACOSTA et al., 2017). As variáveis categóricas do estudo foram: vínculo do respondente com a criança; sexo; município de residência; e capítulo CID 10 da doença crônica, e as variáveis contínuas: idade do paciente (anos completos); número de internações nos últimos 12 meses (internações); dias de internação (dias); tempo de diagnóstico da condição crônica (anos completos); e qualidade da transição do cuidado (escala linear de zero a 100).

O convite para participar do estudo aconteceu durante o período de internação hospitalar. Em caso de aceite, preencheu-se o instrumento de caracterização. O CTM-15 Brasil foi aplicado via telefone, no período de sete a 30 dias após a alta hospitalar, conforme recomendado pelos autores do instrumento. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Os dados foram armazenados no programa Excel e processados com auxílio do *software* Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. Aplicaram-se os testes t-Student, Análise de Variância e Correlação de Spearman. Foi considerado o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos orientados pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) via Plataforma Brasil, aprovado sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 02730018.7.0000.0121. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar durante o período de internação da criança. Frente ao aceite, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os acompanhantes das crianças com condições crônicas eram na maioria as mães (130;77,8%). Dos pacientes que receberam alta, houve prevalência do sexo masculino (95;56,9%), com média de idade de 3,7 anos (DP=2,9). A maioria das crianças era proveniente de municípios da região de saúde da Grande Florianópolis (113;67,7%). O tempo de internação foi em média de 9,1 dias (DP=12,4), e 103 (61,7%) crianças estavam internadas pela primeira vez nos últimos 12 meses. A caracterização dos pacientes incluídos na etapa quantitativa do estudo está apresentada na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos pacientes incluídos na etapa quantitativa da pesquisa quanto às variáveis categóricas.

		n	%
Acompanhante	Mãe	130	77,8
	Pai	26	15,6
	Avós	7	4,2
	Tia	3	1,8
	Madrasta	1	0,6
Sexo	Masculino	95	56,9
	Feminino	72	43,1
Idade	29 dias a menores de 1 ano	30	18,0
	1 ano a menores de 2 anos	22	13,2
	2 anos a menores de 5 anos	55	32,9
	5 a 9 anos	60	35,9
Município de Residência	Florianópolis	61	36,6
	Outros municípios da Região de Saúde da Grande Florianópolis	52	31,1
	Outra Região de Saúde do Estado de Santa Catarina	52	31,1
	Outros estados	2	1,2
Capítulo CID 10 da doença crônica	Doenças do aparelho respiratório	60	35,9
	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	50	29,9
	Neoplasias	15	9,0
	Doenças do aparelho circulatório	11	6,6
	Doenças do sistema nervoso	9	5,4
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7	4,2
	Doenças do aparelho digestivo	5	3,0
	Doenças do aparelho genitourinário	5	3,0
	Transtornos mentais e comportamentais	3	1,8
	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	2	1,2
Número de internações nos últimos 12 meses	1	103	61,7
	2 a 3	49	29,3
	4 a 5	11	6,6
	6 ou mais	4	2,4
Dias de internação	1 a 3	50	29,9
	4 a 6	51	30,5
	7 a 14	42	25,1
	15 a 30	14	8,4
	Mais de 30	10	5,9
Tempo de diagnóstico (anos)	<1	68	40,7
	1 a <3	41	24,5
	3 a <5	24	14,4
	5 ou mais	34	20,4

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

A média de escore total do CTM-15 Brasil foi de 90,1, com desvio padrão (DP) de 19,5. Em relação à avaliação dos itens do instrumento, os maiores escores corresponderam ao item 9, “Compreende o que é de sua responsabilidade” (95,4), e ao item 14, “Entende como tomar os medicamentos” (96,1). O item com pior avaliação foi o item 15, “Entende os efeitos colaterais dos medicamentos” (75,8). As médias dos itens do instrumento está apresentada na Tabela 4.

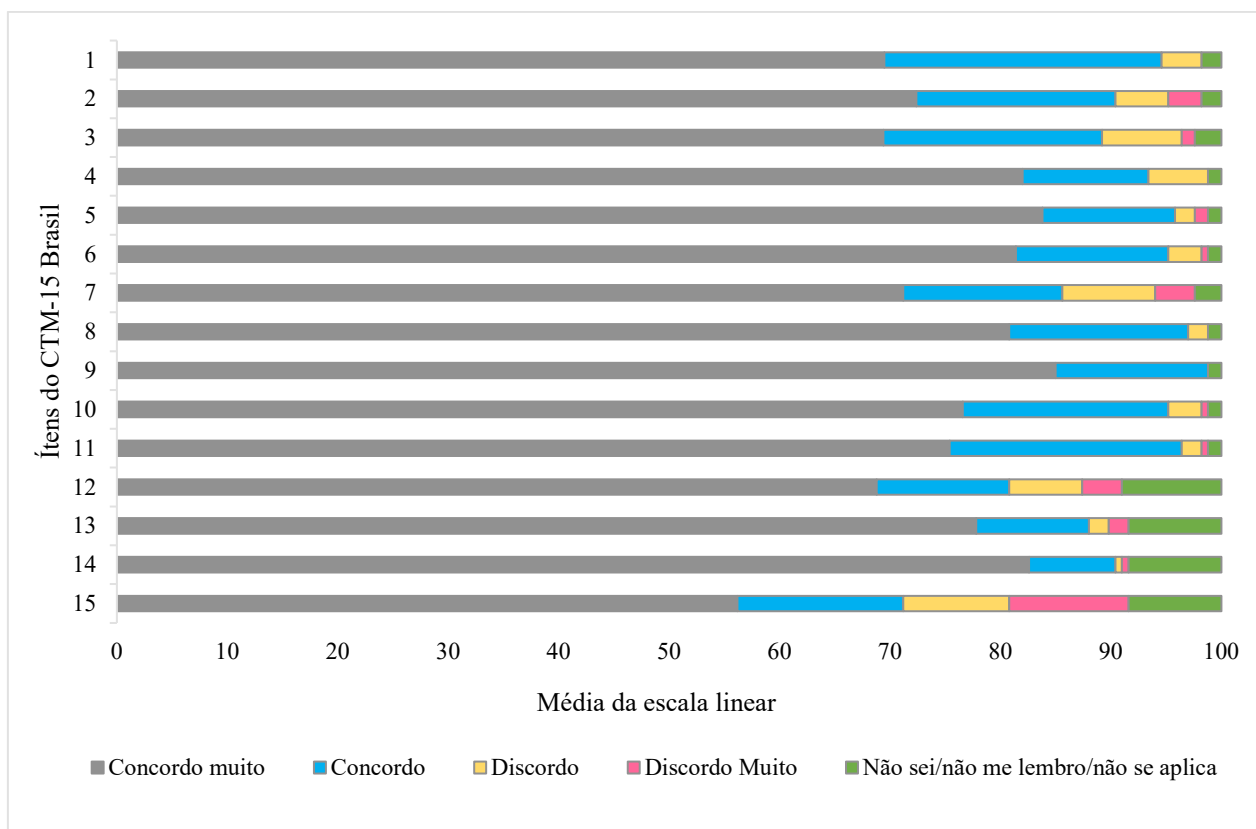
Tabela 4– Média e desvio padrão dos itens do instrumento CTM-15 Brasil.

Item	Média	Desvio Padrão
1 - Concordou com a equipe de saúde sobre objetivos para sua saúde e como eles seriam alcançados	89,0	±18,1
2 - Preferências consideradas para decidir as necessidades de saúde	87,6	±24,0
3 - Preferências consideradas para decidir onde as necessidades de saúde são atendidas	87,1	±22,6
4 - Teve informações que precisava para autocuidado	92,5	±17,8
5 - Entende claramente como cuidar da saúde	93,5	±17,2
6 - Entende sinais de alerta e sintomas	92,7	±17,3
7 - Recebeu um plano escrito de cuidados	85,7	±26,7
8 - Compreende o que melhora ou piora sua condição de saúde	93,3	±14,8
9 - Compreende o que é de sua responsabilidade	95,4	±11,6
10 - Sente-se seguro de que sabe o que fazer	91,1	±18,1
11 - Sente-se seguro de que consegue fazer o que é necessário	91,1	±17,3
12 - Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames	86,8	±25,5
13 - Entende o motivo de tomar os medicamentos	93,0	±19,0
14 - Entende como tomar os medicamentos	96,1	±13,2
15 - Entende os efeitos colaterais dos medicamentos	75,8	±35,3
TOTAL	90,1	±19,5

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

De modo a detalhar o padrão de respostas dos participantes, buscou-se analisar a frequência absoluta e relativa de cada uma das opções dos itens do CTM-15 Brasil. O item 9 apresentou maior índice de concordância (concordo ou concordo muito) com 165 (98,8%) respostas, e o item 15 teve o maior índice de discordância (discordo ou discordo muito), com 34 (20,4%) respostas. Vale ressaltar que, como recomendado pelos autores do instrumento, os itens respondidos com a opção “Não sei/não me lembro/não se aplica” não foram contabilizados no cálculo da média do escore final. Nesse sentido, o item com maior frequência desta opção de resposta foi o item 12, com 15 (9,0%) respostas, seguido dos itens 13, 14 e 15, com 14 (8,4%) respostas cada (Figura 7).

Figura 7 – Respostas do CTM-15 Brasil segundo os itens do instrumento.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Estas respostas estão detalhadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Respostas do CTM-15 Brasil segundo os itens do instrumento.

Item	Concordo muito		Concordo		Discordo		Discordo muito		Não sei/não me lembro/não se aplica	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	116	69,5	42	25,1	6	3,6	-	-	3	1,8
2	121	72,4	30	18,0	8	4,8	5	3,0	3	1,8
3	116	69,4	33	19,8	12	7,2	2	1,2	4	2,4
4	137	82,0	19	11,4	9	5,4	-	-	2	1,2
5	140	83,8	20	12,0	3	1,8	2	1,2	2	1,2
6	136	81,4	23	13,8	5	3,0	1	0,6	2	1,2
7	119	71,2	24	14,4	14	8,4	6	3,6	4	2,4
8	135	80,8	27	16,2	3	1,8	-	-	2	1,2
9	142	85,0	23	13,8	-	-	-	-	2	1,2
10	128	76,6	31	18,6	5	3,0	1	0,6	2	1,2
11	126	75,4	35	21,0	3	1,8	1	0,6	2	1,2
12	115	68,8	20	12,0	11	6,6	6	3,6	15	9,0
13	130	77,8	17	10,2	3	1,8	3	1,8	14	8,4
14	138	82,6	13	7,8	1	0,6	1	0,6	14	8,4
15	94	56,2	25	15,0	16	9,6	18	10,8	14	8,4
Média	126	75,4	25	15,0	7	4,2	4	2,4	5	3,0

Fonte: dados da pesquisa, 2020

Em relação aos quatro fatores do instrumento, o Fator 1, Preparação para o autogerenciamento, foi o que teve maior média (92,3), enquanto o Fator 4, Plano de cuidado, apresentou menor média (86,3), como apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Média e desvio padrão dos fatores que compõem o instrumento CTM-15

Fator	Itens	Média	Desvio Padrão
Fator 1 - Preparação para autogerenciamento	4, 5, 6, 8, 9, 10 e 11	92,3	±11,6
Fator 2 - Entendimento sobre medicações	13, 14 e 15	88,3	±17,5
Fator 3 - Preferências asseguradas	1, 2 e 3	87,7	±17,1
Fator 4 - Plano de cuidado	7 e 12	86,3	±21,27
TOTAL		90,1	±19,5

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Em relação às variáveis independentes do estudo, foi verificado que pacientes provenientes de municípios que não pertenciam à mesma Região de Saúde das instituições hospitalares, tiveram maior escore no índice de qualidade da transição do cuidado do que os daquela região de saúde. Não foi verificada diferença estatisticamente significativa nestas associações e correlações entre a escala linear do CTM-15 Brasil e as demais variáveis independentes do estudo (Tabela 7).

Tabela 7 - Associação do escore do CTM-15 Brasil com as variáveis categóricas do estudo.

Variável		Média	Desvio Padrão	p
Acompanhante	Mãe	89,58	±11,9	0,282**
	Pai	92,11	±10,2	
	Avó, tia ou madrastra	91,0	±12,7	
Sexo	Masculino	91,3	±9,6	0,196*
	Feminino	88,6	±13,9	
Idade	Anos completos	+0,105***		0,178***
Município	Mesma Região de Saúde dos hospitais	88,9	±12,3	0,048*
	Outras Regiões de Saúde	92,7	±10,0	
Capítulo CID 10 da doença crônica	Doenças do aparelho respiratório	88,7	±12,6	0,812**
	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	90,6	±11,6	
	Neoplasias	92,4	±7,8	
	Doenças do aparelho circulatório	94,9	±4,3	
	Doenças do sistema nervoso	90,6	±13,3	
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	90,5	±13,4	

	Doenças do aparelho digestivo	91,5	±3,2	
	Doenças do aparelho genitourinário	87,6	±16,5	
	Transtornos mentais e comportamentais	88,7	±14,2	
	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	80,0	±28,3	
Hospital	Instituição A	89,4	±13,1	0,452*
	Instituição B	90,8	±10,3	
Número de internações nos últimos 12 meses	1	90,4	11,5	0,209**
	2 a 3	89,2	±12,8	
	4 a 5	92,7	±5,7	
	6 ou mais	83,2	±15,9	

*Teste t-Student; **Análise de variância ***Correlação de Spearman

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

DISCUSSÃO

Este artigo buscou avaliar a qualidade da transição do cuidado do hospital para o domicílio, segundo a perspectiva de familiares de crianças com condições crônicas, por meio da versão brasileira do instrumento *Care Transitions Measure* (CTM). O CTM foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a qualidade da transição do cuidado, buscando com isso orientar profissionais e pesquisadores em ações para a melhoria desse processo (FLINK et al., 2018).

A média geral da escala linear do CTM-15 Brasil neste estudo foi de 90,1. Embora o instrumento não possua um ponto de corte, esta média pode ser considerada satisfatória. Estudos anteriormente desenvolvidos no Brasil utilizando o instrumento tiveram médias que variaram de 69,5 a 79,0 (ACOSTA et al., 2017, 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Estes resultados são semelhantes no contexto internacional. Em estudo realizado com pacientes adultos que tiveram alta de enfermarias em cinco hospitais na Suécia, a média foi de 65,8 (FLINK et al., 2018). Nos Estados Unidos e Japão, a média foi de 78,5 e 66,3, respectivamente (SABBATINI et al., 2019; YOSHIMURA; SATO; SUMI, 2018).

É importante pontuar que esses estudos foram aplicados na avaliação da transição do cuidado de pacientes adultos, e as particularidades do contexto de atenção à saúde da criança podem ter influenciado a diferença entre os resultados. Este fato pode ser demonstrado nos resultados de estudo que aplicou a versão resumida CTM na avaliação da transição do cuidado de crianças, apresentando médias de 83,7 (COLLER et al, 2017). Na atenção à criança com condições crônicas, o cuidado domiciliar exige a compreensão da nova realidade

que se configura, envolvendo mudanças complexas no funcionamento da família, adaptação com as limitações que decorrem da condição crônica e dos ajustes necessários para seu manejo (SILVA-RODRIGUES et al., 2019), o que pode influenciar na preocupação dos profissionais com a qualidade da transição do cuidado de modo a garantir a continuidade do cuidado no contexto domiciliar, explicando, assim, a diferença no resultado da média do CTM.

Além disso, por se tratar de um modelo multifacetado, diversos fatores influenciam na qualidade da transição do cuidado, incluindo a cooperação do paciente e família, engajamento da equipe assistencial hospitalar, educação em saúde adequada, cultura organizacional, planos de cuidado e fluxos institucionais estabelecidos, avaliação adequada dos pacientes quanto à necessidade de transição do cuidado (SHAHSAVARI; ZAREI; MAMAGHANIA, 2019).

Em relação às médias por itens do instrumento, os itens 9, “Compreende o que é de sua responsabilidade”, e 14, “Entende como tomar os medicamentos”, apresentaram os maiores valores. A dependência inerente ao estágio de vida da criança pode estar relacionada à compreensão dos cuidadores, na maioria das situações pais e mães, quanto à sua responsabilidade do cuidado. Por outro lado, durante a internação hospitalar, as famílias, em especial as mães, podem ser vistas como instrumento de cuidado da criança, sendo muitas vezes atribuídas a elas responsabilidades que seriam da equipe assistencial, fazendo-as sentirem-se responsáveis pela dinâmica de cuidados para além da sua competência (MARTINS et al., 2018b).

Apesar de o item “Entende como tomar os medicamentos” apresentar uma das maiores médias, a pior avaliação para a qualidade da transição do cuidado neste estudo foi no item 15, “Entende os efeitos colaterais dos medicamentos”. Essa situação ocorre de maneira análoga a outra realidade, em que 57% dos pacientes não entendiam claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos medicamentos aos sair do hospital (LINDBLUM et al., 2020). Da mesma forma, em outro estudo que utilizou o CTM na avaliação da transição do cuidado de pacientes idosos, este item teve a pior média (FORD; INGERSOLL-DAYTON; BURGIO, 2016). Deve-se levar em consideração que informações insuficientes sobre os efeitos colaterais estão associadas a baixa adesão à terapêutica e maior risco de reação adversa, podendo levar a futuras agudizações evitáveis (LINDBLUM et al., 2020), exigindo tanta atenção quanto a indicação e forma de administração do medicamento, correspondentes aos itens 13 e 15, que tiveram médias satisfatórias neste estudo.

O item do CTM-15 Brasil com maior frequência de resposta “Não sei/não me lembro/não se aplica” foi o item 12, “Recebeu uma lista escrita das consultas ou exames”,

seguido dos itens 13, 14 e 15. Apesar de o item 12 ter recebido a maior proporção de respostas não contabilizadas na análise, ainda assim foi o segundo item com menor média do instrumento, revelando grande fragilidade no que se refere à sistematização das orientações para a continuidade do cuidado. Estudo realizado na Suécia que utilizou o CTM em pacientes idosos que sofreram acidente vascular cerebral identificou que o item 12 do instrumento foi maior, quanto mais prolongada a internação hospitalar (LINDBLÖM et al., 2020). Talvez esse fato possa estar relacionado aos resultados deste estudo, uma vez que 79,6% dos pacientes incluídos na pesquisa ficaram hospitalizados de um a quatro dias.

Os itens 13, 14 e 15 formam o fator 2, “Entendimento sobre medicações”. Pressupõe-se que a frequência elevada de respostas “Não sei/não me lembro/não se aplica” para estes itens se deu pelo fato de muitos pacientes conviverem com condições crônicas sem necessitarem de terapia medicamentosa no domicílio, levando-os a dispensar a avaliação dos itens relacionados a esse fator.

O Fator 1 do instrumento, “Preparação para o autogerenciamento”, apresentou a maior média. Isso pode se dar pela ênfase à importância da educação em saúde, assumida e incorporada na prática pelos profissionais. A educação em saúde da família cuidadora das crianças é crucial para um cuidado domiciliar bem-sucedido (SILVA-RODRIGUES et al., 2019). Trata-se de uma das principais estratégias na transição do cuidado, e envolve os mais variados aspectos da vida do indivíduo. Como ações de educação em saúde, destacam-se ações como utilização de encartes, emprego de linguagem simples e adaptada para entendimento, e confirmação da mensagem recebida e compreendida pelo paciente e cuidador (WEBER et al., 2017).

O Fator 4, “Plano de cuidado”, teve a média mais baixa, indicando que a organização e disponibilização de documentos formais para orientação neste processo ainda é uma fragilidade, o que pode estar relacionado ao fato de as instituições investigadas não possuírem programas de transição do cuidado implementados, não dispor de estratégias institucionais que direcionem as ações de transição. As orientações para a alta hospitalar são, muitas vezes, escassas, realizadas de modo generalizado, sem considerar as necessidades específicas do paciente, e sem planejamento prévio, limitando-se ao momento de saída do paciente da unidade hospitalar (BAIXINHO; FERREIRA, 2019).

O plano de cuidados é uma das principais intervenções no momento da alta hospitalar, direcionando para uma comunicação clara, objetiva e efetiva entre o profissional, paciente e familiar (MENEZES et al., 2019). Apesar da importância da organização das orientações de cuidados em um plano sistematizado, as orientações quanto aos cuidados no domicílio

acontecem prioritariamente de forma verbal e improvisada. Além disso, em muitos casos essas orientações são complexas, devendo envolver aspectos como terapêutica medicamentosa, prevenção de agudizações, alimentação e cuidados gerais (SILVA-RODRIGUES et al., 2019), enfatizando a importância do plano de cuidado.

Foi evidenciada relação entre a qualidade da transição do cuidado e a região de saúde do município de residência da criança. A internação hospitalar assegura os pais quanto à garantia de cuidados e segurança frente às intercorrências. Nesse sentido, a alta representa interrupção do apoio profissional e a descontinuidade de um cuidado antes compartilhado no ambiente hospitalar (SILVA-RODRIGUES et al., 2019). Pressupõe-se que, por essa frequente sensação de insegurança dos pais após a alta hospitalar, os profissionais de saúde possam ter o entendimento de que pacientes residentes em municípios distantes do hospital, ou seja, pacientes sem o fácil acesso à instituição hospitalar, devam receber maior atenção no que se refere à transição do cuidado.

Assim, a preocupação dos profissionais com a transição do cuidado é mais intensa em paciente identificados como em risco para a fragmentação da assistência. Essa situação justificaria a diferença entre a qualidade da transição percebida neste estudo entre municípios pertencentes à mesma região de saúde dos hospitais investigados e aqueles pertencentes a outras regiões de saúde.

Os resultados deste estudo não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre a qualidade da transição do cuidado e as demais variáveis independentes. Contudo, estudos sugerem que a qualidade da transição do cuidado é maior em pacientes com internações mais prolongadas, por permitir identificação das necessidades do paciente e intervenções direcionadas (LINDBLOM et al., 2020), e em pacientes com doenças crônicas (KANSAGARA et al., 2016), talvez por receberem maior atenção dos profissionais na transição do cuidado.

É necessário pontuar que o resultado da avaliação da transição do cuidado por meio da aplicação do CTM-15 Brasil pode ter sido influenciado pelo sentimento de gratidão que as famílias nutrem pelo serviço de saúde. Em função da assistência recebida no momento de fragilidade da criança, familiares podem se sentir na obrigação de indicar prioritariamente respostas afirmativas, buscando responder aquilo que acham que os entrevistadores gostariam de ouvir (ACOSTA et al., 2020; FORD; INGERSOLL-DAYTON; BURGIO, 2016).

Não foram localizados estudos aplicando o CTM na avaliação da transição do cuidado de crianças, o que limitou a discussão dos achados com contextos semelhantes. No entanto, evidencia-se a necessidade de aprofundamento na compreensão dos mecanismos envolvidos

na qualidade da transição do cuidado, especialmente na atenção à saúde da criança, considerando as especificidades desta população.

CONCLUSÕES

A qualidade da transição do cuidado de crianças com condições crônicas evidenciada neste estudo apresentou valores satisfatórios, especialmente quando comparada com resultados de estudos nacionais e internacionais desenvolvidos com a população adulta. As melhores médias foram do Fator 1, Preparação para autogerenciamento, e do item 14, Entende como tomar os medicamentos. O Fator 4, Plano de cuidado, e o item 15, Entende os efeitos colaterais dos medicamentos, apresentaram as médias mais baixas. Pacientes residentes em municípios pertencentes a regiões de saúde diferentes daquela onde estavam localizados os hospitais a partir de onde aconteceu a alta tiveram maior qualidade da transição do cuidado.

A avaliação realizada pelo ponto de vista dos familiares das crianças que receberam alta foi desenvolvida a partir de ações não sistematizadas, dependentes da iniciativa, engajamento e disponibilidade dos profissionais, o que não garante que a transição do cuidado seja desenvolvida de maneira apropriada a todos os pacientes. Destaca-se, assim, a necessidade de novos estudos que avancem sobre a compreensão da transição do cuidado de crianças, buscando-se preencher as lacunas no que se refere aos aspectos que interferem nesse processo e influenciam na qualidade de vida e saúde do paciente e família no contexto domiciliar, e ampliando evidências para que programas de transição sejam adotados na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. et al. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ACOSTA, A. M. et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. esp, p. e20190155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAIXINHO, C. L.; FERREIRA, Ó. Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 55, p. 35797, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.35797>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BLUM, M. R. et al. Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure. **Annals of intern medicine**, v. 172, n. 4, p. 248–257, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-1980>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLLER, R. J. et al. Discharge handoff communication and pediatric readmissions. **Journal of hospital medicine**, v. 12, n. 4, p. 39–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2670>. Acesso em: 01 out. 2020.

FLINK, M. et al. Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 4, p. 291–297, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy001>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. **Health & Social Work**, v. 41, n. 2, p. 129–138, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw009>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GOLDSTEIN, J. N. et al. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, p. 732–738, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3610-9>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HERVÉ, M. E. W.; ZUCATTI, P. B.; LIMA, M. A. D. S. Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. **Revista Latino americana de enfermagem**, v. 28, p. e3325, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>. Acesso em: 01 ago. 2020.

KANSAGARA, D. et al. So Many Options, Where Do We Start? An Overview of the CareTransitions Literature. **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 3, p. 221–230, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2502>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LEYENAAR, J. K. et al. Importance and Feasibility of Transitional Care for Children With Medical Complexity: Results of a Multistakeholder Delphi Process. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 94–101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.005>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LINDBLOM, S. et al. Perceived quality of care transitions between hospital and the home in people with stroke. **JAMDA**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LIU, J. et al. Cost-Benefit Analysis of Transitional Care in Neurosurgery. **Neurosurgery**, v. 85, n. 5, p. 672–679, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy424>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MARTINS, P. L. et al. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade (impresso)**, v. 27, n. 4, p. 1218–1229, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170402>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MENEZES, T. M. O. et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. Suppl 2, p. 307–15, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189516>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MOURA, E. C. et al. Complex chronic conditions in children and adolescents: hospitalizations in Brazil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2727–2734, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01992016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

NÓBREGA, V. M. et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03226, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OIKONOMOU, E. et al. Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. **BMC Health Services Research**, v. 19, p. 505, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4306-8>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PENA, K. S. et al. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. especial, p. e20190168, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SABBATINI, A. K. et al. Capturing Emergency Department Discharge Quality With the Care Transitions Measure: A Pilot Study. **Academic Emergency Medicine**, v. 26, p. 605–609, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.13623>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; MAMAGHANIA, J. A. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 99, p. e103387, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA-RODRIGUES, F. M. et al. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. e20180238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 01 ago. 2020.

YOSHIMURA, M.; SATO, M.; SUMI, N. Validity and reliability of the Japanese version of the Care Transitions Measure. **International Journal of Health planning and management**, v. 33, p. 380–390, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2472>. Acesso em: 01 ago. 2020.

4.3 INTEGRAÇÃO DOS DADOS

4.3.1 Manuscrito 5 - Transitional care of children with chronic conditions from hospital to home: a mixed methods study

TRANSITIONAL CARE OF CHILDREN WITH CHRONIC CONDITIONS FROM HOSPITAL TO HOME: A MIXED METHODS STUDY

ABSTRACT

Purpose: To analyze the transitional care of children with chronic conditions from hospital to home in Southern Brazil. **Methodology:** Integrated mixed methods research, with a grounded theory and a cross-sectional study. Participants included 35 professionals and parents in the qualitative phase and 167 legal guardians of children with chronic conditions in the quantitative phase, in two hospitals in Southern Brazil. Semi-structured interviews and the Brazilian version of the Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil) were used. **Findings:** The interprofessional hospital team invested efforts to carry out transitional care from hospital to home, while nurses used the systematization of nursing care as a strategy to promote effective care transitions. Healthcare professionals valued the education of the patient and family as well as access to devices necessary for continuity of care upon discharge. The mean value of the CTM-15 Brasil linear scale was 90.1. **Originality:** Professionals identified transitional care as a key component for continuity of care. The efforts of the hospital professional team promoted quality of transitional care as perceived by the families of children with chronic conditions.

Keywords: Transitional care; Child; Chronic Disease; Patient Discharge; Nursing.

BACKGROUND

Transitional care is defined as the set of care necessary to change the patient's care environment, generally from hospital to home, in a safe and timely way, ensuring continuity of care over time (COLEMAN; BOULT, 2003). The transitional care from hospital to home requires a set of core components that must be carried out with each other and understood as

part of a holistic care process. These core components include complexity management, patient well-being, patient and caregiver education, patient and care giver engagement, accountability, and continuity of care (NAYLOR et al., 2017).

Patients who receive adequate assistance during transitional care have lower rates of rehospitalization and experience a longer period between discharge and the next readmission (KIM; THYER, 2015). Thus, the implementation of transitional care models from hospital to home has been shown to improve health outcomes and reduce the use of financial resources (LEYENAAR et al., 2018). Quality transitional care is an essential element in the management of chronic diseases. To provide adequate management of these conditions, the healthcare systems must provide mechanisms for accessing services and information systems to monitor patient flows (VAZ et al., 2019).

In seeking integration of healthcare services, several countries have adopted the Health Care Networks (HCN) model, centrally focused on primary health care (PHC), as a strategy for organizing the healthcare system (WAIBEL et al., 2015). In Brazil, the HCN aims to promote comprehensive care, one of the doctrinal principles of the Brazilian Health System (SUS) (PEITER et al., 2019). As healthcare for children with chronic conditions should be aimed at comprehensive care (NÓBREGA et al., 2017), we can see an opportunity in the HCN's policies to facilitate continuity of care (PEITER et al., 2019).

In Brazil, 9.1% of children between birth and four years old and 9.7% of those between five and 13 years old have a chronic condition (VAZ et al., 2019). The healthcare of children with chronic conditions does not have specific policies that differentiate these patients from those with usual care, impairing the identification and reducing the attention to the differences of care in this population (NÓBREGA et al., 2017). In addition, healthcare for children with chronic conditions in the HCN faces several challenges, with emphasis on the difficulty of access and continuity in the various special services they need (VAZ et al., 2019). The fragmented care offered by the different services to these patients reflects the quality of the care received, influencing gaps in the continuity of care (NÓBREGA et al., 2017).

It is observed the need to overcome obstacles in the care coordination, especially with regard to formal and standardized mechanisms of communication between levels of care. More specially, standardized communication is needed between hospital and PHC, which impacts the quality of transitional care (WEBER et al., 2017). Although research on transitional care has been increasing in recent years, indicating the importance of research in this area, the exploration of this theme is still emerging in Latin American countries

(LEYENAAR et al., 2018; LIMA et al., 2018). In addition, the transitional care of children has been poorly explored in the literature (LEYENAAR et al., 2018). Thus, this article aimed to analyze the transitional care of children with chronic conditions from hospital to home in Southern Brazil.

METHODS

An integrated mixed method (CRESWELL; CLARK, 2013) was used, including a constructivist grounded theory in the qualitative phase (CHARMAZ, 2009) and a cross-sectional study in the quantitative arm. The research was conducted in a university hospital and a children's hospital in Southern Brazil.

Data collection was carried out from February to September 2019. In the qualitative phase, 24 professionals from the interprofessional hospital team were included: ten nurses, four nutritionists, four psychologists, two physiotherapists, two social workers, a doctor and a speech therapist. To achieve the theoretical sample, participants included were: 11 participants responsible for supporting children with chronic conditions in the home context; seven professionals (four doctors, a physiotherapist, and a hospital manager) and five parents. In this phase, parents who were under legal age and professionals who were on vacation or leave of any kind were excluded.

In the qualitative phase, semi-structured face-to-face interviews were used. The interviews were recorded and had an average duration of 24 minutes (SD=14.7). The data collection was conducted until theoretical saturation, when new data no longer contribute to the understanding of the phenomenon, was reached (PEITER et al., 2020). The analysis of qualitative data was carried out using the open and focused coding system. The qualitative study resulted in a substantive theory with eight categories. In this article, two categories will be presented, contributing to transitional care. Diagrams were used to represent the conceptual and categories development.

In the quantitative phase of the study, the participants were the legal guardians of children with chronic disease hospitalized during the data collection period. Legal guardians of patients hospitalized with chronic diseases, from 29 days to nine years old, were included. Patients who were referred to other institutions and those who, at the time of telephone contact, died or were re-hospitalized were excluded.

Sample size was calculated for a confidence index of 95%, margin of error of four points, mean of 74.7 and standard deviation of 17.1. These parameters were based on a previous study that used the CTM-15 Brasil (WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). A significance level of 0.05 and a power of 80% were considered. It was increased 20% for possible losses and refusals, and yielded a minimum sample size of 156 participants. Thus, 167 participants were included as a convenience sample.

In the quantitative study characterizing patients variables were collected and the Brazilian version of the Care Transitions Measure (CTM-15 Brasil) was used (ACOSTA et al., 2017) to evaluate transitional care. The CTM-15 is a Likert scale in which participants can respond to affirmations with five possible options, from strongly agree to strongly disagree. The options of the instrument are organized in four factors: Preparation for Self-Management; Assured Preferences; Understanding About Medications; and Care Plan (ACOSTA et al., 2017). The mean of the responses generates a score from zero to 100 that indicates the quality of the care transition. Parents were invited to participate in the study during the child's hospital stay. If they accepted, the demographic questionnaire was completed including data for subsequent contact. The CTM-15 Brasil was completed by phone seven to 30 days after hospital discharge. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics; the Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 20 was used to complete data analysis.

The combination of the data occurred by integration after the data collection. A joint display was used as a technique to illustrate the data integration and meta-inferences (CRESWELL; CLARK, 2013).

The research project was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina, Brazil. Participant's quotes were identified throughout the text by the letter G indicating the number corresponding to the sample group of the participants, and the letter E indicating the order of the interview.

RESULTS

The participants included in the qualitative stage of the study were mostly health professionals (30; 85.7%), who had a mean age of 38.5 years old (SD=9.9). The average length of time in the institution was 8.0 years (SD=6.5), and the length of time in the hospital unit was 6.6 years (SD=6.6). Regarding professional education, 18 (60.0%) professionals had a specialization, six (20.0%) had a master's degree, three (10.0%) had a doctorate, and three

(10.0%) undergraduate degrees. Of the professionals interviewed, 29 (96.7%) had previous professional experience elsewhere in the HCN.

The five (14.3%) legal guardians included in the qualitative stage were all mothers (100.0%) and housewives (100.0%). The average age of the participants was 27.6 years (SD=5.0). Three (60.0%) of them had other children. The interviewees lived in five different municipalities, distributed in four health regions. The average time of diagnosis of the chronic disease was two years (SD=2).

The legal guardians of children with chronic conditions included in the quantitative phase of the study were mostly mothers (130; 77.8%). Among the children included in the study, there was a male prevalence (95; 56.9%), with a mean age of 3.7 years old (SD=2.9). The length of hospital stay ranged from one to 90 days, with an average of 9.1 days (SD=12.4).

From the qualitative study, the two categories focusing on transitional care for children with chronic conditions from the hospital to the home are presented (Chart 1).

Quadro 15 - Chart 1: Joint display of the integrated combination of qualitative and quantitative data.

Qualitative categories and subcategories	Meta-inferences integrated
Building the tripod of hospital discharge to transitional care <ul style="list-style-type: none"> • Stabilizing signs and symptoms that resulted in hospitalization • Educating the child and family about self-management of the chronic condition • Waiting equipment and materials to continuity of care at home 	The professionals' concern about promoting patient and family education about health care revealed in the interviews can be reflected in the factors of CTM-15 Brasil. Preparation for Self-Management was the factor with highest average, 92.3 (SD = 11.6), while the Assured Preferences factor achieved an average of 87.7 (SD = 17.1), corroborating the concern to include family members as protagonists of care, as revealed in qualitative data. The Understanding About Medications factor mean linear scale was 88.3 (SD = 17.5), complementing the professionals' concern about the need for access to devices and supplies suitable for continuity of care at home.
Working on transitional care from hospital to home <ul style="list-style-type: none"> • Reconnecting the child with chronic conditions to the Health Care Network • Preparing the transitional care during the hospitalization 	The qualitative phase of the research revealed that the professionals of the hospital interprofessional team seek to develop an integration with other health services. Despite the initiatives indicated by the professionals, the CTM-15 Brasil Care Plan factor was the one with the lowest average, with a value of 86.3 (SD = 21.7). Even so, the efforts of professionals to carry out the transition of care for children with chronic conditions, starting from the patient's admission to the inpatient unit can be reflected in the mean of the CTM-15 Brasil total linear scale, which was 90.1 (SD = 11.7).

Building the tripod of hospital discharge to transitional care

Hospital discharge of children with chronic conditions depends on three main factors, which guarantee minimum conditions needed for continuity of care at home. In addition to waiting for the achievement of clinical stability, which is an indispensable condition for discharge, the hospital team extended the period of hospitalization, as much as possible, until they provided the family education regarding the care of the child at home and enabled the acquisition of equipment and materials necessary to maintain care after discharge.

This is our tripod for discharge. [...] So when we have all this structured, the discharge happens. G1E8

Sometimes they are admitted [at the hospital] without having the clinical need for treatment. Something that could be done at home, but because of the situation, more because of the family, because of insecurity, because of some situation like this, then they are admitted to try, let's say, to guide. G3E5

According to the professionals, the identification of the care needs after discharge and the family's guidance starts from the patient's admission to the inpatient unit, allowing such guidance to be carried out in an individualized manner and oriented to the demands of each child and family.

I do not wait to guide the family when the patient is going home. Since he is hospitalized here, we go every day guiding a little bit. G2E3

During the hospital stay, the team remains attentive to factors that may impair the maintenance of the patient's health at home. As strategies for the family education, the hospital team monitors the performance of direct assistance procedures performed by the family, advises on the handling of equipment, devices, and medication administration, changing necessary habits, making use of printed newsletters and meetings of multiple team professionals with the family. They recognize that the caregiver's understanding of adequate care impacts the quality of continuity of care.

The nurses also assist in this guidance process. I see a lot of them doing the training with the parents. [...] I see that they are gradually passing it on to their parents and guiding them on how it is the right way to do it so that at home they can do it. G2E8

But just to try to increase adherence, we put the patient's family, and put all the specialists around, and make a conversation. G3E1

The quantitative findings are convergent with these results. The factor, Preparation for Self-Management, had the highest average among the four factors of the CTM-15 Brasil. The average linear scale was 92.3 (SD=11.6) indicating that the professionals' efforts to promote education and autonomy for patients and families regarding care after hospital discharge actually impacted their perception of the quality of the patient's care transition. Considering the importance of family participation in childcare, the Assured Preferences factor showed an average of 87.7 (SD=17.1).

Another requirement considered by the hospital team was the availability of equipment and materials necessary for the child's care at home.

Especially because they only let us go when we had all the devices in hand. The oximeter, suction equipment, pressure gauge, AMBU [Artificial Manual Breathing Unit], everything, complete kit, "now you can go". G3E9

We try to do this hospitalization. It is a little slower at times, we have to wait for the patient's ventilator to arrive, the municipality supplies the patient's oxygen therapy equipment; we have to check if the parents have the suction equipment. G2E8

The professionals recognize the difficulties experienced by families in trying to access devices, assuming the weaknesses of the HCN in providing materials necessary for the continuity of care in the home context.

Some things like home oxygen therapy and the use of non-invasive ventilation [...] end up being more complicated because sometimes they need to request the Public Ministry. So, their health department does not accept it, or the request is denied. G1E6

The second factor of CTM-15 Brasil is called, Understanding About Medications. So, in addition to the importance of the availability of the supplies for continuity of care, this factor assesses users' understanding of the indication for medication, mode of use and side effects of the medications. In this factor, the mean linear scale was 88.3 (SD=17.5).

Working on transitional care from hospital to home

The hospital interprofessional team seeks to communicate with other services to improve transitional care. In this sense, the care transition happens as a bridge that starts from

hospitalization, with the objective of connecting the patient's trajectory to the next point of health care where the continuity of care will happen, especially in PHC.

We identify, and usually try to communicate with the health network, communicate with primary health care, with outpatient care that would be secondary care, we try to make continuity of care, communicate with the primary services, we get in touch. G2E1

You need to have the support of this professional there [PHC] because what I have seen over this period: when we have this positive bridge with this professional there, it facilitates a little more of the procedure. G1E8

Although the absence of a comprehensive communication system between health care points, the professionals adopted strategies for communication since admission of the patient to the inpatient unit, such as e-mails, guidance booklets, letters, phone calls and face-to-face meetings with PHC teams.

We make this contact, always via telephone or written documents. G1E6
[contact with the PHC] happens via a report, via phone, or sometimes even via a meeting with the staff there [PHC] with the staff here [hospital], so that we tie up some issues. G2E12

This is what we have because we do not have an integrated communication system. [...] So what we have left is to systematically report to these professionals so that they are up to date on what is happening. [...] It is an attempt to communicate with them [PHC]. G3E2

Regarding the strategies adopted by the professionals, despite the efforts made by the hospital interprofessional team, the Care Plan was the factor of the CTM-15 Brasil with the lowest average, with a value of 86.3 (SD=21.7).

The participants highlighted the role of the PHC nurse, who is the professional they reveal they can trust to collaborate for the continuity of care for the child in the HCN.

I have contact with the nurse who is the bridge there in the community. This person is who is going to receive an entire guidance booklet by email. G1E8
I try to talk to the nurse. I will never be able to talk to psychologist; she is never there. G2E1

We are more successful in talking to the nurse at the PHC than to the doctor. It is difficult to talk to the doctor. G3E4

Despite the efforts of the hospital interprofessional team to promote continuity of care in the HCN, they reveal engaging PHC teams is difficult, although they have pivotal role in the continuity of care of children with chronic conditions.

It is all difficult, because we are here in a service that depends on another person to give continuity, and sometimes this sequence does not depend on us. G2E13

I think that [we would need] to unite more, here and at home. I think the PHC is fundamental for this, but we would have to be so willing to make it. G3E1

During hospitalization, nurses reveal that they make use of the Nursing Care Systematization, considering it as an important tool for planning, organizing, and carrying out the transition care from hospital to home.

Nursing Care Systematization is essential in the organization of the nursing work process. We have to do it carefully. When interned, we do the nursing patient history, raise the problems, make the prescription, and the daily evaluation. [...] It's essential. [...] because you can observe the entire evolution of the patient. G1E8

This subcategory complements the previously one presented, which reveals that transitional care starts from the beginning of hospitalization. In this sense, nurses use the nursing patient history as a strategy to identify specific needs of children with chronic conditions, including demands related to the family situation, care network, social, economic, hygiene and safety conditions that interfere in their health situation.

We predict what we will do to care for that patient who may have some issues for discharge. So, when we make a nursing patient history, sometimes we already identify something that will influence discharge, some guidance, some referrals, so we do not wait for the time of discharge. G1E1

Other elements of the Nursing Care Systematization adopted by nurses to promote transitional care are nursing visits, daily assessment, and implementation of care, the phase of the nursing process in which nurses can count on the collaboration of other team professionals of nursing.

So we always ask in the prescription for them [nursing staff] to observe how the patient arrived. [...] So I ask them to observe what I saw there the moment I admitted him. G1E4

Using these tools, nurses carry out family education, discussion with specific professionals from the hospital interprofessional team, recognizing and attending the needs of the patient and families so that they experience the highest possible level of quality in the transitional care from hospital to home.

The integration of the data from the quantitative and qualitative research allowed us to observe that the result of the average CTM score supports the findings presented in the theoretical categories. The mean of the CTM linear scale was 90.1 (SD=11.7).

DISCUSSION

This study aimed to analyze the transitional care of children with chronic conditions from hospital to home. Although the CTM-15 Brasil does not have a cutoff point, a high average of the linear scale in this study indicates that patients and their families experienced a high level of quality of transitional care. Two other studies carried out in Brazil used the instrument, both with adult patients with chronic conditions, with an average of 74.7 and 69.5 (ACOSTA et al., 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). However, the use of the instrument in Brazil is recent, limiting the possibility of comparison with other studies. To the best of the authors' knowledge, there were no studies that applied the CTM-15 Brasil in evaluation of transitional care of children, highlighting the innovation of this research.

The qualitative phase of the study showed the professional development of staff who assist children with chronic conditions at the hospital level, including time of experience and level of education, since the vast majority had some type of specialization. A study carried out with nurses in a hospital clinic in the United States concluded that a motivating factor for professional development was the personal search for greater safety and quality of care. However, it is important to emphasize that the factors that encourage this search should not come only from the individual, emphasizing the importance of incentives from institutions for the same (HORN; PILKINGTON; HOOTEN, 2019).

Results demonstrated that mothers tended to be the primary caregiver of children. In this way, mothers experience the primary burden since both the diagnosis and experience of the condition are important changes in life. This situation impacts both the mothers psychologically, with consequences such as depression and anxiety, as well as physical health due to the neglect of her own health and well-being to care for their children (JAVALKAR et al., 2017).

The assistance of patients with chronic conditions involves discharge management, which impacts on the individual's and family's quality of life by identifying elements of the healthcare system that can support their living with the chronic disease, such as PHC services, support for self-care, and appropriate supply and access to healthcare services. Interventions

related to discharge management facilitate the effective transitional care from hospital to another care environment (FLANAGAN; DAMERY; COMBES, 2017). The literature highlights the important role of the hospital in promoting transitional care and in the coordination of care for patients with chronic conditions, based on the needs of each case and with an emphasis on continuity of care, reflecting better outcomes for the patient's health (REGGE et al., 2017).

In this study, the efforts of the hospital interprofessional team to qualify the transitional care can be observed, as they enlarge hospitalizations until caregivers are trained and feeling secure to perform care. Especially for younger children, self-care education should be directed towards parents, and it presents positive outcomes when considering the child's development stage when compared to usual care, especially in relation to quality of life, cooperation, sharing decision-making, symptom monitoring and chronic condition management. It is highlighted, as options of active approaches: experiential learning, cooperative and peer learning, integrated play, inquiry-based learning, differential learning and integrated learning (SAXBY et al., 2019).

In view of the complexity of this process, there is evidence that the education for disease self-management should begin before discharge, as soon as possible after hospital admission (FLANAGAN; DAMERY; COMBES, 2017; LIMA et al., 2018), corroborating the qualitative findings of this study. Self-management of the disease involves educational strategies designed to promote adherence to treatment and patient involvement in care (LIMA et al., 2018). The disease management capacity is reflected in quantitative data, since the factor Preparation for Self-Management of the CTM-15 Brasil presented an average of 92.3 (SD=11.6). Two other studies conducted in Brazil with adult patients with chronic conditions had an average of 70.6 and 78.1 in this factor (ACOSTA et al., 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). This result may reflect the intervention of professionals in this dimension of the transition of care.

Considering the influence of family inclusion and empowerment in the decision-making about care of children (SAXBY et al., 2019), the mean of the CTM-15 Brasil factor Assured Preferences was 87.7 (SD=17.1), substantially higher than the same factor in the adult population, 68.4 and 69.7. The values of the linear scale of these two factors indicate that professionals should encourage the patient and caregiver's engagement in the health care of children with chronic conditions. This makes it possible to identify the patient's priorities and expectations, their needs, skills, and abilities, and strengthens the relationship of trust and mutual respect (NAYLOR et al., 2017).

The Understanding about Medications factor averaged 88.3 (SD=17.5), compared to 68.3 and 69.0 in adult healthcare (ACOSTA et al., 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019). Medicines are a critical dimension in the management of chronic conditions because they require efforts by professionals to improve therapy adherence, guarantee clinical results, and prevent adverse effects (NAYLOR et al., 2017). As the factor had high values, the results suggest that caregivers interpret professionals to be concerned and prioritize activities related to education around prescriptions.

Another aspect that reflected in longer hospitalization for children included in this study are the issues that determine support for discharge. This is corroborated with other studies that found that equipment, medicines, and nutritional supplements influence the time of hospital staying for children with complex chronic conditions (MOREIRA et al., 2017). Access to equipment and materials necessary for the continuity of care after discharge was another issue considered by professionals in transitional care. A Brazilian study that aimed to analyze the assistance cost of children with complex chronic conditions found that the use of drains and catheters, gastrostomy and tracheostomy were present respectively in 40%, 16% and 5% of the children included in the study. In most cases, the maintenance of technological inputs and devices continues in home care, generating significant costs for patient management (PINTO et al., 2019).

It should be highlighted that the complexity is inherent to the child's condition, at any level of the healthcare system, hospital, ambulatorial care, primary care or home care. The construction of a link with the health care network to access home support actions should be part of the line of care for children with chronic conditions. The approximation with the PHC team during hospitalization, besides to providing technical support and enhancing the quality of care after dehospitalization, strengthens the bond building with the professionals and the patient (MOREIRA et al., 2017). The construction of a collaborative and mutual support relationship between the teams of the different services is fundamental for the implementation of transitional care programs to achieve quality of the care (REGGE et al., 2017).

In the current study, the interviewed professionals showed interest and willingness to communicate with other services in the healthcare network. Many professionals developed their own strategies, such as meetings, providing telephone contact, direct contact with the service, educational booklets, letters, and e-mails addressed to both professionals and patients, which was also observed in other studies (LIMA et al., 2018). These interventions may have reflected in the Care Plan factor of CTM 15-Brasil (86.3 ± 21.7), which is concerned with the physical documents received by the patient with guidelines for care after discharge.

Although the average of this factor is considerably higher than the same factor in other studies when applied to the adult population, 68.8 and 78.8 (ACOSTA et al., 2020; WEBER; LIMA; ACOSTA, 2019), this factor presented the lowest value among the factors of the instrument. Despite the initiatives adopted by the healthcare interprofessional team, obstacles stood out in the absence of formal communication strategies, such as robust and competent information and communication systems, essential for the continuity of care (SOCKOLOW; HELLESØ; EKSTEDT, 2018).

The results of the study revealed the protagonist of direct care nurses in the communication between the services. In Brazil, primary care has the Family Health Strategy (FHS) as its priority organization. Through this strategy, patients are assigned to regionalized areas according to their place of residence, under the responsibility of a healthcare team whose priorities take into account the reality of that population's life. The results of this research can be justified by the fact that the minimum FHS team includes a nurse, whose performance stands out for listening, welcoming and dialogue (CORRÊA; ACIOLI; TINOCO, 2018).

In addition, the nurse's contribution to the transitional care can also be observed in hospital care, as evidenced in other studies (LIMA et al., 2018). In this process, the systematization of nursing care, interrelated actions necessary for the completion of the nursing process (PENEDO; SPIRI, 2014), were indicated by the participants as support tools for the transitional care. It is worth mentioning that in several countries there is the formalization of the figure of the liaison nurse (COSTA et al., 2019).

The role of this professional aim to provide an opportunity for the transitional care in an individualized way, centered on the patient, seeking to respond to the specific needs in each case, integrating the different services necessary for comprehensive care after discharge. Its performance, therefore, efforts to qualify the transitional care seeking continuity of care. In Brazil, despite the structure of the health system in care networks, encouraging integration between services and comprehensive care, the improvement of the nurse's role for care transition actions is still rarely present in practice, requiring investments and policies that encourage this culture (COSTA et al., 2019).

REFERENCES

ACOSTA, A. M. et al. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and

validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ACOSTA, A. M. et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. esp, p. e20190155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 5, p. 855–856, 2003. Disponível em: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14805423>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T. F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2767–2774, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03477, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CRESWELL, J.; CLARK, V. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

FLANAGAN, S.; DAMERY, S.; COMBES, G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 188, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0765-y>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HORN, K.; PILKINGTON, L.; HOOTEN, P. Pediatric Staff Nurses' Conceptualizations of Professional Development. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 45, p. 51–56, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.002>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JAVALKAR, K. et al. Predictors of Caregiver Burden among Mothers of Children with Chronic Conditions. **Children**, v. 4, n. 5, p. 39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children4050039>. Acesso em: 01 ago. 2020.

KIM, H.; THYER, B. A. Does transitional care prevent older adults from rehospitalization? A review. **Journal of Evidence-Informed Social Work**, v. 12, n. 3, p. 261–271, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.827140>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LEYENAAR, J. K. et al. Importance and Feasibility of Transitional Care for Children With Medical Complexity: Results of a Multistakeholder Delphi Process. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 94–101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.005>. Acesso em: 01 ago. 2020.

- LIMA, M. A. D. S. et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189516>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- NAYLOR, M. D. et al. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, p. 1119–1125, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14782>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- NÓBREGA, V. M. et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03226, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016042503226>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180214, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PEITER, C. C. et al. Grounded theory: Use in scientific articles published in brazilian nursing journals with qualis a classification. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0177>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PENEDO, R. M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 86–92, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400016>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- PINTO, M. et al. Analysis of the cost of care for children and adolescents with medical complex chronic conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 8, p. 4043–4052, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- REGGE, M. et al. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. **BMC Health Serv Res**, v. 17, p. 550, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SAXBY, N. et al. What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 4, p. 607–622, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.001>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- SOCKOLOW, P.; HELLESØ, R.; EKSTEDT, M. Digitalization of patient information process from hospital to community (home) care nurses: International perspectives. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 250, p. 227–229, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-227>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- WAIBEL, S. et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. **International journal of integrated care**,

v. 15, n. 3, p. e029, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.1527>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VAZ, E. M. C. et al. Challenges in Primary Care Regarding Children and Adolescents With Chronic Conditions in Brazil. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 13, p. 1978–87, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732319847961>. Acesso em: 01 ago. 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou os objetivos propostos, uma vez que foi possível analisar a transição do cuidado para a continuidade do cuidado de crianças com condições crônicas. Para atingir esse objetivo, foi realizado um estudo de métodos mistos paralelo-convergente, com uma etapa qualitativa que utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados, e uma etapa quantitativa em que foi desenvolvido um estudo analítico transversal. A escolha pelo desenvolvimento de uma pesquisa mista permitiu uma análise mais aprofundada do fenômeno, em que ambas as abordagens se apoiassem mutuamente, reforçando os achados.

Os resultados foram organizados no formato de três manuscritos. O primeiro manuscrito apresentou a teoria substantiva, resultado da etapa qualitativa do estudo, e revelou a categoria central “Postergando a próxima internação”. Os profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar buscam promover a retomada da continuidade do cuidado da criança com condições crônicas após a alta hospitalar, por meio da transição do cuidado. Com isso, o objetivo principal é o aumento do tempo entre uma internação e outra, facilitando melhores desfechos de saúde da criança com condições crônicas e família neste intervalo, uma vez que novas internações não podem ser completamente evitadas. Dentre as estratégias utilizadas nesse processo, destacam-se a preocupação com a integralidade do cuidado da criança e família, valorização da atuação multidisciplinar, educação para o autogerenciamento da doença, busca por articulação e comunicação com outros pontos da rede de atenção, objetivando auxiliar na retomada do vínculo do paciente com o serviço de saúde necessário após a alta e promover, assim, a continuidade do cuidado.

Dentre as principais dificuldades enfrentadas, destacam-se a incipiência dos mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção, a dificuldade de absorção do paciente pela APS, e a falta de padronização entre os municípios, resultando em fragilidade do vínculo do paciente com os demais pontos da rede e sobrecarga do serviço hospitalar frente às agudizações. Apesar dos esforços na transição para promover a continuidade do cuidado, os profissionais não podem se certificar da efetividade das suas condutas.

No segundo manuscrito foram apresentados os resultados da etapa quantitativa da pesquisa, que revelou como satisfatória a qualidade da transição do cuidado percebida pelos responsáveis pelas crianças com condições crônicas, com média de 90,1 do CTM-15 Brasil, em uma escala linear variando de zero a 100. O Fator “Preparação para o Autogerenciamento” do CTM-15 Brasil foi o que apresentou maior média, 92,3 (DP=11,6), enquanto o Fator “Plano de cuidado” teve a média mais baixa, 86,3 (DP=21,7). Foi identificada associação

entre a qualidade da transição do cuidado e o município de residência do paciente. Pacientes residentes em municípios pertencentes à mesma região de saúde dos hospitais tiveram média menor do que aqueles residentes em outras regiões de saúde.

O terceiro manuscrito apresentou a combinação dos dados qualitativos e quantitativos. A avaliação da transição do cuidado pelos familiares, com média de 90,1 (DP=19,5), reflete os esforços dos profissionais para promover a continuidade do cuidado após a alta por meio da transição do cuidado, como revelado no estudo qualitativo. O Fator “Preparação para o Autogerenciamento” do CTM-15 Brasil, fator com maior média, sustenta a categoria da etapa qualitativa “Construindo o tripé da alta hospitalar para a transição do cuidado”, que apresentou a educação para autogerenciamento da condição crônica como uma das principais condições consideradas pelos profissionais para realização da alta hospitalar. Apesar dos esforços desempenhados pelos profissionais, o Fator “Plano de cuidado” teve a média mais baixa, 86,3 (DP=21,7), indicando a necessidade de iniciativas da instituição para a efetividade da transição do cuidado.

A associação entre a qualidade da transição do cuidado e o município de residência do paciente reforça a categoria “Enfrentando dificuldades para promover a continuidade do cuidado”. Frente à ausência de mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção que garantam a continuidade do cuidado após a alta, a preocupação dos profissionais com a transição do cuidado é mais intensa em paciente identificados como em risco para a fragmentação do cuidado, como aqueles residentes em municípios mais distantes do hospital.

Os achados confirmam a tese de que a transição do cuidado é compreendida pelos profissionais como oportunidade de promover o reinício da continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na RAS após a alta hospitalar. Na transição do cuidado, os profissionais buscam uma atuação multidisciplinar, bem como a articulação com o próximo ponto da rede de atenção a se responsabilizar pela assistência ao paciente, em especial a APS. Os esforços dos profissionais para a transição do cuidado visam à promoção continuidade do cuidado na RAS, diminuindo a frequência de internações, porém sem a pretensão de impedi-las, uma vez que as agudizações são inerentes à condição crônica e influenciadas por diversos fatores.

Como estratégia para translação do conhecimento, elaborou-se um vídeo representativo do modelo teórico e da integração dos dados quantitativos com o objetivo de proporcionar maior disseminação e rapidez no acesso aos resultados. O vídeo pode ser visualizado neste [link](#) disponível no canal do YouTube® do GEPADES.

Embora os profissionais não disponham de estruturas formalizadas para realizarem a transição do cuidado, ações individualizadas como a valorização da integralidade da criança com condições crônicas, a compreensão da importância da atuação multidisciplinar, a valorização da educação em saúde da criança e família, a preocupação em facilitar o vínculo do paciente com a APS, o desenvolvimento das ações de transição do cuidado desde o início da internação, e o senso de corresponsabilidade pela continuidade do cuidado paciente mesmo após a alta hospitalar refletem na qualidade da transição do cuidado percebida por familiares das crianças com condições crônicas.

Este estudo pode contribuir na orientação das ações dos profissionais que atuam na atenção à saúde no contexto hospitalar, não apenas no que tange à saúde da criança, mas podendo ser ampliado a outras populações, tendo em vista o potencial de contribuição dessas práticas sobre a qualidade da transição do cuidado, e o impacto desta na continuidade do cuidado. Além disso, evidencia-se a necessidade de estratégias de gestão para organização dos fluxos como a implantação de mecanismos de informação e comunicação competentes. Modelos de transição do cuidado e fortalecimento da atuação do enfermeiro de ligação, cuja atuação busca qualificar o cuidado transicional em busca da continuidade do cuidado.

O estudo quantitativo teve como limitação o autorreferenciamento da doença crônica pelo familiar da criança hospitalizada. No estudo qualitativo, considera-se como uma das principais limitações a restrição da coleta de dados ao contexto hospitalar. Estudos sobre continuidade e transição do cuidado no Brasil ainda são introdutórios, o que limitou a discussão dos achados em contextos semelhantes.

Novos estudos são necessários para aprofundamento da compreensão deste fenômeno. Nesse sentido, sugerem-se estudos que analisem a continuidade do cuidado a partir da perspectiva de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente a APS, tendo em vista o atributo da longitudinalidade, essencial na continuidade do cuidado, especialmente na assistência a pessoas com condições crônicas. Ainda, ressalta-se a importância de novas investigações que aprofundem a transição do cuidado e continuidade do cuidado de crianças, de modo a preencher esta lacuna na literatura.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S. et al. Crianças e adolescentes com insuficiência renal em hemodiálise: percepção dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1020–1026, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680604i>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ACADEMIC RANKING OF WORLD UNIVERSITIES. **World Top 500 Universities**. Disponível em: <http://www.shanghairanking.com/>. Acesso em: 15 mar. 2019.
- ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio**. [Tese] Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.
- ACOSTA, A. M. et al. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. **International Nursing Review**, v. 64, n. 3, p. 379–387, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12326>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ACOSTA, A. M. et al. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. esp, p. e20190155, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ACOSTA, A. M.; OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S. Considerações teóricas do diálogo deliberativo: contribuições para prática, política e pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. e0520017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000520017>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ALLER, M. B. et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. **International journal of integrated care**, v. 13, n. 4, p. e050, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.1160>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ANDRADE, S. R. et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. e53598, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.53598>. Acesso em: 01 ago. 2020.
- ANDREW, S.; HALCOMB, E. J. **Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences**. Oxford: Blackwell, 2009.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>. Acesso em: 28 set. 2020.
- ARRUÉ, A. M. **Prevalência de crianças que necessitam de atenção especial à saúde em três municípios brasileiros**. [Tese] Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, 2018
- ARTHUR, K. C. et al. Quality of care for children with medical complexity: an analysis of continuity of care as a potential quality indicator. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 6, p. 669–676, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2018.04.009>. Acesso em: 01 ago. 2020.

AUED, G. K. et al. Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. e3162, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAHR, S. J.; WEISS, M. E. Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. **International Journal of Nursing Practice**, v. 25, n. 2, p. e12704, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAIRD, J. et al. Do You Know My Child? Continuity of Nursing Care in the Pediatric Intensive Care Unit. **Nursing Research**, v. 65, n. 2, p. 142–150, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000135>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BAIXINHO, C. L.; FERREIRA, Ó. Do hospital para a comunidade: a transição (in)segura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 55, p. 35797, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.35856>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARKER, I.; STEVENTON, A.; DEENY, S. R. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. **BMJ**, v. 356, p. 1–9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BERENGUER-GARCÍA, N. et al. Validación del cuestionario CTM-3-modificado sobre satisfacción con la continuidad de cuidados: un estudio de cohortes. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 9–19, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.2>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BLUM, M. R. et al. Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure. **Annals of intern medicine**, v. 172, n. 4, p. 248–257, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M19-1980>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BOLAND, L. et al. Building an integrated knowledge translation (IKT) evidence base: colloquium proceedings and research direction. **Health Research Policy and Systems**, v. 18, n. 8, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0521-3>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRAND, S.; POLLOCK, K. How is continuity of care experienced by people living with chronic kidney disease? **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, n. 1–2, p. 153–161, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13860>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_norteador.pdf Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014.** Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 160p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 234p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: Creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, v. 8, n. 2, p. 102–109, 2013. Disponível em: <https://doi.org/0.1002/jhm.1990>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CAMARGO, F. C. et al. Docentes pesquisadores, investigações de enfermagem e estratégias para translação do conhecimento em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1–8, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41637>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH. **Knowledge translation**. Disponível em: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>. Acesso em: 25 jul. 2020.

CAPES. **Plataforma Sucupira - Cursos avaliados e reconhecidos**. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoRegiao.jsf>. Acesso em: 11 jul. 2020a.

CAPES. **Catálogo de Teses e Dissertações - CAPES**. Disponível em: <http://catalogodeteses.capes.gov.br>. Acesso em: 25 jul. 2020b.

CHARMAZ, K. **A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K.; THORNBERG, R. The pursuit of quality in grounded theory. **Qualitative Research in Psychology**, p. 1–23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A. et al. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **International Journal of Integrated Care**, v. 2, n. 1, p. 1–9, 2002. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.60>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A. et al. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Trial. **Archives of internal medicine**, v. 166, n. 17, p. 1822–1828, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.17.1822>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A. et al. The Central Role of Performance Measurement in Improving the Quality of Transitional Care. **Home Health Care Services Quarterly**, v. 26, n. 3, p. 93–104, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1300/J027v26n04_07. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 52, n. 5, p. 855–856, 2003. Disponível em: <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14805423>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective. **Medical Care Research and Review**, v. 43, n. 3, p. 246–255, 2005. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3768223>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLEMAN, E. A.; ROMAN, S. P. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. **Journal for Healthcare Quality**, v. 37, n. 1, p. 12–21, 2015. Disponível em: doi: 10.1097/01.JHQ.0000460117.83437.b3. Acesso em: 01 ago. 2020.

COLLER, R. J. et al. Discharge handoff communication and pediatric readmissions. **Journal of hospital medicine**, v. 12, n. 4, p. 39-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2670>. Acesso em: 01 out. 2020.

COLLER, R. J. et al. Strategies to Reduce Hospitalizations of Children with Medical Complexity through Complex Care: Expert Perspectives. **Academic Pediatrics**, v. 17, n. 4, p. 381–388, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.006>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CONNERS, G. P. et al. Nonemergency Acute Care: When It's Not the Medical Home. **Pediatrics**, v. 139, n. 5, p. e20170629, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0629>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CORRÊA, V. A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T. F. Cuidado do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: práticas e fundamentações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2767–2774, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>. Acesso em: 01 ago. 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, p. e03477, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CRESWELL, J.; CLARK, V. P. **Pesquisa de Métodos Mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

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

CROWE, M.; INDER, M.; PORTER, R. Conducting qualitative research in mental health: thematic and content analyses. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 49, n. 7, p. 616–623, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0004867415582053>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16suppl1/1029-1042/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

CURRAN, J. A.; BRENEOL, S.; VINE, J. Improving transitions in care for children with complex and medically fragile needs: a mixed methods study. **BMC Pediatrics**, v. 20, n. 219, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02117-6>. Acesso em: 01 ago. 2020.

DAY, C. B.; WITT, R. R.; OELKE, N. D. Integrated care transitions: emergency to primary health care. **Journal of Integrated Care**, v. 24, n. 4, p. 225–232, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2016-0022>. Acesso em: 01 ago. 2020.

DUARTE, E. D. et al. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 1009–1017, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500003040014>. Acesso em: 01 ago. 2020.

EBSERH. **Hospital Universitário Profº Polydoro Ernani de São Thiago**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufsc>. Acesso em: 7 set. 2018.

ENLOW, E.; PASSARELLA, M.; LORCH, S. A. Continuity of Care in Infancy and Early Childhood Health Outcomes. **Pediatrics**, v. 140, n. 1, p. e20170339, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0339>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FEUDTNER, C. et al. Deaths attributed to pediatric complex chronic conditions: national trends and implications for supportive care services. **Pediatrics**, v. 107, n. 6, p. 1–5, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.e99>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FILLIETTAZ, S. S. et al. Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. **Health Policy**, v. 122, n. 6, p. 568–576, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.006>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FLANAGAN, S.; DAMERY, S.; COMBES, G. The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence. **Health Qual Life Outcomes**, v. 15, n. 1, p. 188, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0765-y>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FLEMING, M. O.; HANEY, T. T. Improving patient outcomes with better care transitions: The role for home health. **Cleveland clinic journal of medicine**, v. 80, n. suppl 1, p. 2–6, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3949/ccjm.80.e-s1.02>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FLINK, M. et al. Measuring care transitions in Sweden: validation of the care transitions measure. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 30, n. 4, p. 291–297, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy001>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FORD, B. K.; INGERSOLL-DAYTON, B.; BURGIO, K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. **Health & Social Work**, v. 41, n. 2, p. 129–138, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw009>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FOSTER, C. C. et al. Provider Perspectives of High-Quality Pediatric Hospital-to-Home Transitions for Children and Youth With Chronic Disease. **Hospital Pediatrics**, v. 7, n. 11, p. 649–659, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0031>. Acesso em: 01 ago. 2020.

FREEMAN, G.; HUGHES, J. **Continuity of care and the patient experience**. London: The King's Fund, 2010.

GOLDSTEIN, J. N. et al. Is the Care Transitions Measure Associated with Readmission Risk? Analysis from a Single Academic Center. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, p. 732–738, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3610-9>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v. 26, n. 1, p. 13–26, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/chp.47>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GRAMA, M. M. et al. CONNECT - Uma medida de continuidade do cuidado em serviços de saúde mental: Adaptação transcultural e confiabilidade da escala. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 2, p. 140–148, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000115>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HAGGERTY, J. L. et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. **British Medical Journal**, v. 327, n. 7425, p. 1219–1221, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HAGGERTY, J. L. et al. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 3, p. 262–271, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.1499>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HERVÉ, M. E. W.; ZUCATTI, P. B.; LIMA, M. A. D. S. Transição do cuidado na alta da Unidade de Terapia Intensiva: revisão de escopo. **Revista Latino americana de enfermagem**, v. 28, p. e3325, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HIJG. **Hospital Infantil Joana de Gusmão**. Disponível em: <http://www.hijg.saude.sc.gov.br/index.php/institucional>. Acesso em: 25 jul. 2020.

HIRSCHMAN, K. B. et al. Continuity of Care: The Transitional Care Model. **Online journal of issues in nursing**, v. 20, n. 3, p. 1–14, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HORN, K.; PILKINGTON, L.; HOOTEN, P. Pediatric Staff Nurses' Conceptualizations of Professional Development. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 45, p. 51–56, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.002>. Acesso em: 01 ago. 2020.

HUSSEY, P. S. et al. Continuity and the costs of care for chronic disease. **JAMA Internal Medicine**, v. 174, n. 5, p. 742–748, 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.245>. Acesso em: 01 ago. 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - População**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock. Acesso em: 25 jul. 2020.

INGHAM-BROOMFIELD, R. A nurses' guide to mixed methods research. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 4, p. 46–53, 2016. Disponível em: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=269785235073075;res=IELAPA>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JACKSON, J. et al. Patient and provider experiences with relationship, information, and management continuity. **Patient Experience Journal**, v. 4, n. 3, p. 38–47, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1192>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JAVALKAR, K. et al. Predictors of Caregiver Burden among Mothers of Children with Chronic Conditions. **Children**, v. 4, n. 5, p. 39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children4050039>. Acesso em: 01 ago. 2020.

JOWSEY, T. et al. Time to manage: patient strategies for coping with an absence of care coordination and continuity. **Sociology of Health and Illness**, v. 38, n. 6, p. 854–873, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12404>. Acesso em: 01 ago. 2020.

KANSAGARA, D. et al. So Many Options, Where Do We Start? An Overview of the CareTransitions Literature. **Journal of Hospital Medicine**, v. 11, n. 3, p. 221–230, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhm.2502>. Acesso em: 01 ago. 2020.

KIM, H.; THYER, B. A. Does transitional care prevent older adults from rehospitalization? A review. **Journal of Evidence-Informed Social Work**, v. 12, n. 3, p. 261–271, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.827140>. Acesso em: 01 ago. 2020.

KLOCK, P. et al. Uso de softwares na Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M. R.; SANTOS, J. L. G. (Eds.). . **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 408.

LACERDA, M. R. et al. Construção da Teoria Fundamentada nos Dados: da elaboração de conceitos à validação. In: LACERDA, M. R.; SANTOS, J. L. G. (Eds.). . **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 408.

LEYENAAR, J. K. et al. Importance and Feasibility of Transitional Care for Children With Medical Complexity: Results of a Multistakeholder Delphi Process. **Academic Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 94–101, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.07.005>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LIMA, M. A. D. S. et al. Estratégias de transição de cuidados nos países latino-americanos: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 39, p. e20180119, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LINDBLOM, S. et al. Perceived quality of care transitions between hospital and the home in people with stroke. **JAMDA**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LIU, J. et al. Cost-Benefit Analysis of Transitional Care in Neurosurgery. **Neurosurgery**, v. 85, n. 5, p. 672–679, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/neuros/nyy424>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LORENZINI, E. et al. Um chamado à knowledge translation na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, n. 4, p. e20190104, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0001-0004>. Acesso em: 01 ago. 2020.

LYNGSØ, A. M. et al. Instruments to assess integrated care: a systematic review. **International Journal of Integrated Care**, v. 14, n. 3, p. 1–15, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203116/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação Em Saúde Para Debate**, n. 52, p. 58–71, 2014. Disponível em: <https://saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=17>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MALLIDOU, A. A. et al. Core knowledge translation competencies: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 502, p. 1–15, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3314-4>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MARTINS, M. M. et al. Gestão da alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. e58449, 2018a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MARTINS, P. L. et al. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **Saúde e Sociedade (impresso)**, v. 27, n. 4, p. 1218–1229, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170402>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MATTAR E SILVA, T. W. et al. Configuração das relações de poder nas práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. suppl 1, p. e20180629, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MEIQARI, L. et al. How have researchers defined and used the concept of ‘continuity of care’ for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed. **Health Research Policy and Systems**, v. 17, n. 27, p. 1–14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0426-1>. Acesso em: 01 ago. 2020.

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

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MENDES, E. V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação Em**

Saúde Para Debate, n. 52, p. 38–49, 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/15/1.b%20-%20Divulgacao-52.pdf#page=40>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–436, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MENDONÇA, L. M. **Modelos e intervenções de cuidado transicional após o acidente vascular cerebral: scoping review**. [Dissertação] Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2017.

MENEZES, T. M. O. et al. Cuidados de transição hospitalar à pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. Suppl 2, p. 307–15, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0286>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MEYERS, A. G. et al. Determinants of health after hospital discharge: Rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **BMC Health Services Research**, v. 14, p. 1–10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-10>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MILLER, A. R. et al. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: Parents' perspectives. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. 242, p. 1–11, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-242>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTERIO DE SALUD DE LA GRAN BRETAÑA. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920**. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 1964, 1964.

MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, p. 1–13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189516>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MOURA, E. C. et al. Complex chronic conditions in children and adolescents: hospitalizations in Brazil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2727–2734, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.01992016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

MURUNGA, V. I. et al. Review of published evidence on knowledge translation capacity, practice and support among researchers and research institutions in low- and middle-income countries. **Health Research Policy and Systems**, v. 18, n. 16, p. 1–21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0524-0>. Acesso em: 01 ago. 2020.

NAERT, J. et al. Continuity of care in youth services: A systematic review. **Children and Youth Services Review**, v. 75, p. 116–126, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.02.027>. Acesso em: 01 ago. 2020.

NAYLOR, M. D. et al. Components of Comprehensive and Effective Transitional Care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, p. 1119–1125, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/jgs.14782>. Acesso em: 01 ago. 2020.

NÓBREGA, V. M. et al. Longitudinalidade e continuidade do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 656–663, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150088>. Acesso em: 01 ago. 2020.

NÓBREGA, V. M. et al. Doença crônica na infância e adolescência: continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, p. e03226, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 113–117, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.55036>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OIKONOMOU, E. et al. Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. **BMC Health Services Research**, v. 19, p. 505, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4306-8>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OSBORN, R. et al. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. **Health affairs**, v. 34, n. 12, p. 2104–12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1018>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PASTOR SÁNCHEZ, R. et al. Continuidad y Longitudinalidad en Medicina General en Cuatro Países Europeos. **Revista Española de Salud Pública**, v. 71, n. 5, p. 479–485, 1997. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/1997.v71n5/479-485/es>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Esc. Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180214, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PEITER, C. C. et al. Grounded theory: Use in scientific articles published in brazilian nursing journals with qualis a classification. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0177>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PEITER, C. C.; CAMINHA, M. E. P.; OLIVEIRA, W. F. Perfil dos gerentes da Atenção Primária: uma revisão integrativa. **Espaço para a saúde**, v. 18, n. 1, p. 165–173, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n1p165>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PENA, K. S. et al. A transição do cuidado às condições crônicas face ao planejamento municipal regionalizado. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 41, n. especial, p. e20190168, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190168>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PENEDO, R. M.; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 86–92, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PESSÔA, L. R. et al. Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 9–19, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611001>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PINTO, M. et al. Analysis of the cost of care for children and adolescents with medical complex chronic conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 8, p. 4043–4052, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>. Acesso em: 01 ago. 2020.

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

QIU, C. et al. Adaption and validation of Nijmegen continuity questionnaire to recognize the influencing factors of continuity of care for hypertensive patients in China. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 79, p. 1–9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3915-6>. Acesso em: 01 ago. 2020.

REGGE, M. et al. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. **BMC Health Serv Res**, v. 17, p. 550, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2500-0>. Acesso em: 01 ago. 2020.

REID, R.; HAGGERTY, J. L.; MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2002.

REISINHO, M. C. M. S. R. O.; GOMES, B. P. Intervenções de enfermagem no monitoramento de adolescentes com fibrose cística: uma revisão da literatura. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, p. 1–8, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1396.2845>. Acesso em: 01 ago. 2020.

RIBAS, E. N. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. supl 1, p. 591–598, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ROSSETTO, K. R. Qualitative research interviews: Assessing the therapeutic value and challenges. **Journal of Social and Personal Relationships**, v. 31, n. 4, p. 482–489, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0265407514522892>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SABBATINI, A. K. et al. Capturing Emergency Department Discharge Quality With the Care Transitions Measure: A Pilot Study. **Academic Emergency Medicine**, v. 26, p. 605–609, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/acem.13623>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Managing comprehensive care: a case study in a health district in Bahia State, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 3, p. e00172214, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172214>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SANTOS, R. P.; NEVES, E. T.; CARNEVALE, F. The moral experiences of pediatric nurses in Brazil: Engagement and relationships, v. 26, n. 5, p. 1566–1578, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0969733017753744>. Acesso em: 28 set. 2020.

SAULTZ, J. W. Defining and measuring interpersonal continuity of care. **Annals of family**

medicine, v. 1, n. 3, p. 134–143, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.23>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SAXBY, N. et al. What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 4, p. 607–622, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.001>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. Transitions: A central concept in nursing. **IMAGE: Journal of Nursing Scholarship**, v. 26, n. 2, p. 119–127, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SCOCHI, C. G. S. et al. Nursing Doctorates in Brazil: research formation and theses production. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 387–394, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0590.2564>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SHAHSAVARI, H.; ZAREI, M.; MAMAGHANIA, J. A. Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. **International Journal of Nursing Studies**, v. 99, p. e103387, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA-RODRIGUES, F. M. et al. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. **Revista Gaúcha de enfermagem**, v. 40, p. e20180238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, M. E. A. et al. Doença crônica na infância e adolescência: vínculos da Rede de Atenção à Saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, 2011. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/tgy14.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

SMITH, C. Exemplary leadership: How style and culture predict organizational outcomes. **Nursing Management**, v. 46, n. 3, p. 47–51, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000456659.17651.c0>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SOCKOLOW, P.; HELLESØ, R.; EKSTEDT, M. Digitalization of patient information process from hospital to community (home) care nurses: International perspectives. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 250, p. 227–229, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-872-3-227>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SOUSA, F. G. M. et al. Estratégias analíticas na Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M. R.; SANTOS, J. L. G. (Eds.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 408.

SOUSA, S. M. et al. Cuidado integral: desafio na atuação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 529–536, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>. Acesso em: 01 ago. 2020.

SPARUD-LUNDIN, C. et al. Health care providers'; attitudes towards transfer and transition in young persons with long term illness- a web-based survey. **BMC Health Serv Res**, v. 17, n. 1, p. 260, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2192-5>. Acesso em: 01 ago. 2020.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, R. E. et al. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. **The Journal of Pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 342-7, 1993. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)83414-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)83414-6). Acesso em: 27 set. 2020.

STONE, B. L. et al. Hospital admission medication reconciliation in medically complex children: an observational study. **Arch Dis Child**, v. 95, n. 4, p. 250–255, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2009.167528>. Acesso em: 01 ago. 2020.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artimed, 2008.

SUTER, E. et al. Ten key principles for successful health systems integration. **Healthcare Quarterly**, v. 13, n. Sp, p. 16–23, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>. Acesso em: 01 ago. 2020.

THE CARE TRANSITIONS PROGRAM. **The Care Transitions Intervention**. Disponível em: <https://caretransitions.org>. Acesso em: 1 set. 2018.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice**, v. 29, n. 3, p. 264–271, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr104>. Acesso em: 01 ago. 2020.

UTZUMI, F. C. et al. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–8, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VALENTIJN, P. P. et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. **International Journal of Integrated Care**, v. 13, n. 1, p. 1–12, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.886>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VALENTIJN, P. P. et al. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. **International Journal of Integrated Care**, v. 15, n. 1, p. e003, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.1513>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VAZ, E. M. C. et al. Challenges in Primary Care Regarding Children and Adolescents With Chronic Conditions in Brazil. **Qualitative Health Research**, v. 29, n. 13, p. 1978–87, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1049732319847961>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 2, p. 357–365, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 921–934, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n4/921-934/pt>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 19, n. 55, p. 1089–1100, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>. Acesso em: 01 ago. 2020.

VIEIRA, C. S. et al. Vivência discente e docente na continuidade do cuidado à criança de risco: relato de experiência. **Revista de Enfermagem do Centroeste Mineiro**, v. 3, n. 4, p. 1393–1399, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.674>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WAIBEL, S. et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. **International journal of integrated care**, v. 15, n. 3, p. e029, 2015. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5334%2Fijic.1527>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F. et al. Transição do cuidado do hospital para o domicílio: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. e47615, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.47615>. Acesso em: 01 ago. 2020.

WEBER, L. A. F. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas de unidades de internação clínica para o domicílio**. [Dissertação] Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

WEBER, L. A. F.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Quality of care transition and its association with hospital readmission. **Aquichan**, v. 19, n. 4, p. e1945, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>. Acesso em: 01 ago. 2020.

YOSHIMURA, M.; SATO, M.; SUMI, N. Validity and reliability of the Japanese version of the Care Transitions Measure. **International Journal of Health planning and management**, v. 33, p. 380–390, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hpm.2472>. Acesso em: 01 ago. 2020.

ZOCHE, D. A. A.; LIMA, E. K. A. C. F. M. Perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados. In: LACERDA, M. R.; SANTOS, J. L. G. (Eds.). **Teoria Fundamentada nos Dados: bases teóricas e metodológicas**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 408.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

PROFISSIONAIS:

Identificação do participante

Nome:

Idade:

Sexo:

Titulação:

Turno de trabalho:

Tempo de atuação na instituição:

Tempo de atuação no setor:

Experiências profissionais prévias:

Entrevista

- Como é a sua atuação na unidade de internação?
- Como se dá sua atuação no que tange à alta do paciente?
- Como você compreende a transição da criança com condições crônicas da alta hospitalar para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde?
- Como você compreende a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas ao longo da Rede de Atenção à Saúde?
- Como você compreende a sua atribuição na transição entre serviços da criança com condições crônicas?
- Como você percebe a sua contribuição para a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas ao longo da Rede de Atenção à Saúde?
- Quais estratégias você identifica que possam contribuir neste processo?
- Há mais alguma consideração que você gostaria de acrescentar?

FAMILIARES:

Identificação do participante

Nome:

Idade:

Número de filhos:

Profissão:

Vínculo com a criança:

Idade da criança:

Tempo de diagnóstico:

Entrevista

- Você poderia descrever foi o processo de descoberta do diagnóstico até vocês chegarem até aqui?
- Como é a sua rotina no cuidado à criança?
- Quais são os profissionais que cuidam da criança? Por quem ela é assistida?
- Qual serviço de saúde você procura frente a alguma emergência?
- Como é a sua relação com a Unidade Básica de Saúde do seu município?
- Como você se sente em relação aos cuidados que precisa realizar com a criança?
- Qual a sua maior dificuldade, medo ou preocupação quando vocês estão em casa (contexto domiciliar)?

APÊNDICE B - Instrumento de validação da Teoria Substantiva



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA

Doutoranda: Caroline Cechinel Peiter

Orientador: Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos

Coorientadora: Prof. Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Validador:

Instituição:

APRESENTAÇÃO

O Quadro 1 sintetiza as principais informações metodológicas da pesquisa.

Quadro 1 – Apresentação dos aspectos metodológicos da pesquisa. Florianópolis, 2020

Aspectos metodológicos da pesquisa	
Objetivo	Compreender o significado da transição do cuidado de crianças com condições crônicas para a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.
Referencial metodológico	Teoria Fundamentada nos Dados, vertente construtivista
Cenário da pesquisa	Dois hospitais de grande porte no Sul do Brasil
Participantes	35 participantes: <ul style="list-style-type: none"> • 30 profissionais (dez enfermeiros, cinco médicos, quatro nutricionistas, quatro psicólogos, três fisioterapeutas, dois assistentes sociais, um fonoaudiólogo, e um gestor hospitalar) • Cinco familiares
Amostragem	A inclusão dos participantes na pesquisa foi realizada por amostragem teórica. Os participantes foram divididos em três grupos amostrais: <ul style="list-style-type: none"> • 1º grupo: dez enfermeiros • 2º grupo: 14 profissionais da equipe multidisciplinar

	<p>hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3º grupo: 11 atores envolvidos na assistência à criança com condições crônicas no contexto domiciliar (seis profissionais da atenção secundária especializada e cinco familiares)
Técnica de coleta de dados	Foram realizadas entrevistas intensivas, com duração média de 24 minutos (dp=14,7)
Análise dos dados	A análise dos dados foi realizada segundo a perspectiva construtivista da TFD, seguindo as etapas de codificação inicial e focalizada

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

RESULTADOS

A análise dos dados revelou sete categorias sustentadas por 20 subcategorias (Quadro 2).

Quadro 2 - Apresentação das categorias e subcategorias do estudo. Florianópolis, 2020

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO
1. Atuando de forma integrada e centrada no enfermeiro na equipe multidisciplinar hospitalar
1. Atuando de forma integrada na transição do cuidado
2. Destacando a atuação do enfermeiro como o elo da equipe multidisciplinar hospitalar
3. Percebendo o impacto da sobrecarga do enfermeiro na transição do cuidado
2. Construindo o tripé da alta para além da estabilidade clínica
1. Educando o paciente e família para o autogerenciamento da condição crônica
2. Necessitando de equipamentos e materiais para continuidade do cuidado da criança com condições crônicas no domicílio
3. Fazendo a transição do cuidado da criança com condições crônicas
1. Construindo a ponte do hospital com os demais pontos da rede de atenção para encaminhamento do paciente
2. Fazendo a transição do cuidado ao longo da internação
4. Buscando promover a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na Rede de Atenção à Saúde
1. Compreendendo que a continuidade do cuidado exige o vínculo do paciente com a rede de atenção à saúde após a alta hospitalar
2. Sendo referência para orientações de família e profissionais quanto ao cuidado da criança com condições crônicas
3. Sentindo falta de sistemas logísticos e de apoio para integração entre os pontos de atenção e continuidade do cuidado do paciente
5. Desconhecendo a trajetória do paciente após a alta hospitalar
1. Acabando o livro e fechando a página no momento da alta do paciente
2. Necessitando de preparo e capacitação adequada dos profissionais da APS e demais pontos de atenção para facilitar a continuidade do cuidado os pacientes com condições crônicas
3. Percebendo a dificuldade confiança dos pacientes com condições crônicas e famílias com a APS

4. Dependendo de cada município na articulação com a APS
6. Esperando as reinternações de crianças com condições crônicas
1. Identificando múltiplas causas que influenciam na frequência de reinternações
2. Considerando que as reinternações não são completamente evitáveis
3. Desenvolvendo vínculo com as crianças com condição crônica e família em função das reinternações
7. Reconhecendo as especificidades no cuidado à criança com condições crônicas
1. Reconhecendo as especificidades de cuidados no contexto do domicílio
2. Percebendo a fragilidade dos cuidadores de crianças com condições crônicas
3. Reconhecendo a importância da continuidade do cuidado do paciente com condições crônicas na rede de atenção à saúde

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Atuando de forma integrada e centrada no enfermeiro na equipe multidisciplinar hospitalar

Atuando de forma integrada na transição do cuidado

A primeira categoria do estudo revelou os esforços para integração da equipe multidisciplinar hospitalar e as consequências dessa articulação sobre a integralidade da assistência da criança com condições crônicas. Os profissionais acreditam na contribuição de uma atuação interdisciplinar para a qualidade da assistência, reconhecendo a importância dos diferentes profissionais na equipe. Nesse sentido, as reuniões periódicas para discussão de casos foram a estratégia de maior destaque entre os profissionais, refletindo no que os participantes consideram como o diferencial do contexto da saúde da criança.

Quando tem um problema que é um objeto fronteiro entre a minha área [médica] e a sua área de enfermagem, nós dois vamos decidir juntos. (...) Isso é fundamental. Isso dá segurança para cada um dos profissionais e o paciente é beneficiado. E eu aprendo. Porque à medida que eu estou conversando eu estou aprendendo. (G3E02)

Aqui na pediatria a gente tem reuniões e equipe toda quinta feira. Toda quinta feira às 11h. Então é o momento que a gente pode discutir alguns casos, alguns casos que normalmente demandam mais energia da equipe, são casos mais trabalhosos, às vezes internações mais longas, situações mais graves, enfim. Então a gente tem essas reuniões em que a gente pode ter um tempinho para se dedicar mais a isso. (G2E03)

Destacando a atuação do enfermeiro como o elo da equipe multidisciplinar hospitalar

Nessa integração, a figura do enfermeiro é indicada como o elo da equipe e a ponte entre o paciente e os demais profissionais, por ser compreendido como o profissional de maior contato com a criança e a família, que identifica demandas específicas e alerta a equipe. Essa dinâmica leva a uma situação de dependência dos demais profissionais ao enfermeiro, muitas vezes considerado pelos demais profissionais da equipe como um intermediário na relação com o paciente.

O enfermeiro da unidade é nosso braço direito e esquerdo às vezes. Tudo a gente acaba passando para ele. Desde as condutas que a gente vai tomar agora até do que a gente está fazendo com o paciente para ele sair daqui. (G2E04)

Mas no dia a dia o enfermeiro é o nosso elo ali, para a gente priorizar os atendimentos. (G2E02)

Então [o enfermeiro] é fundamental, tanto para informação ao paciente e até organização da logística ali do dia. Quando não tem ninguém da enfermagem a gente fica bem perdido, fica meio bagunçado, a rotina mesmo, fica meio bagunçada. (G3E03)

Percebendo o impacto da sobrecarga do enfermeiro na transição do cuidado

Contudo, a recorrente falta de profissionais e elevada demanda de trabalho refletem em sobrecarga dos enfermeiros. Além de resultar em estresse e sobrecarga emocional, essa situação diminui sua disponibilidade para participar de discussão de casos entre a equipe multidisciplinar, o que impede sua plena contribuição nas ações de transição do cuidado.

A enfermeira faz a parte dela. Eu acredito que elas são muito sobrecarregadas nos setores. Então, às vezes não dá tempo. (G2E07)

Deveria ser feito um dimensionamento melhor de pessoal aqui. Eu acho que só isso. Porque na realidade a gente trabalha com poucas pessoas, muitas demandas, e para fazer um serviço bem perfeito, bem legal, é difícil. É difícil. (G1E03)

Construindo o tripé da alta para além da estabilidade clínica

Educando o paciente e família para o autogerenciamento da condição crônica

A alta hospitalar é orientada por três fatores. Para que o paciente esteja pronto para a desospitalização, além de aguardar pela recuperação e estabilidade da condição clínica, os profissionais consideram também a educação do paciente e família quanto às especificidades da doença e em relação aos cuidados necessários no contexto do domicílio, envolvendo especialmente o uso de dispositivos, medicação, alimentação e curativos. Para isso, os profissionais realizam reuniões com a família, elaboram informativos impressos, encorajam os pais ao cuidado supervisionado durante a internação, e ficam atentos às necessidades de ajustes nas condutas no período em que permanecem na instituição. Esse momento também é indicado pelos profissionais como relevante para a identificação de fatores que poderiam incidir em novas internações.

Quando a gente tem todo esse tripé estruturado, a parte médica, a mãe treinada nessa nova função, todos os insumos no município, [...] quando a gente tem tudo isso estruturado então acontece a alta. (G1E08)

Me ensinaram a aspirar, me ensinaram a mexer na bomba de infusão, as fisios [fisioterapeutas] dela já me ensinaram a fazer o Cough Assist, a mexer no respirador, já me ensinaram a fazer a escuta, do que é a diferença de ronco e sibilo. (G3E09)

Você tem que empoderar a mãe daquele cuidado porque se não vai reinternar de novo, vai reinternar de novo. (G1E05)

Necessitando de equipamentos e materiais para continuidade do cuidado da criança com condições crônicas no domicílio

Outro fator frequentemente considerado pela equipe para que a alta hospitalar aconteça é o acesso a materiais, equipamentos e dispositivos necessários à continuidade do cuidado. A frequente demora na aquisição desses materiais faz com que a desospitalização seja mais lenta e exige que a equipe se organize previamente quanto à alta do paciente, buscando garantir a continuidade do cuidado após a alta.

Quando eles estão prontos para ir de alta, [...] aí a gente vai orientando eles a como adquirir o material. A gente faz uma lista de

materiais de acordo com que a gente já conversou com os pais mais antigos, encaminha pelos pais e eles deixam geralmente nas unidades básicas de saúde de onde eles moram. Algumas coisas como oxigenoterapia domiciliar e uso de ventilação não invasiva, que muitos vão com ventilador para casa, acaba sendo mais complicado [...]. E aí quando eles conseguem é que a criança vai para casa. (G1E06)

Até porque eles só deixaram a gente ir embora quando tivesse todos os aparelhos em mãos. O oxímetro, aspirador, medidor de pressão, AMBU, tudo, kit completo, “agora tu vai”. (G3E09)

Fazendo a transição do cuidado da criança com condições crônicas

Construindo a ponte do hospital com os demais pontos da rede de atenção para encaminhamento do paciente

A transição do cuidado do hospital para o domicílio é compreendida pelos profissionais entrevistados como uma ponte que é construída a partir da unidade de internação e conecta o paciente aos diferentes pontos da rede de atenção à saúde que serão necessários para garantir a continuidade do cuidado após a alta. Os profissionais utilizam estratégias como e-mail, ligações telefônicas, cartas e reuniões pontuais com as equipes da APS como formas de comunicação com os demais serviços. Contudo, estas iniciativas partem individualmente dos profissionais, que encontram dificuldade pela ausência de fluxos formalizados para a transição do cuidado.

É um dos nossos papéis identificar essas demandas, identificar qual ponto da rede pode dar suporte nessa continuidade do cuidado. (G2E01)

[o contato com a APS] acontece via relatório, via telefone, ou às vezes até via reunião com a equipe de lá [APS] com a equipe daqui [hospital], para que a gente amarre algumas questões. (G2E12)

É mais por telefone mesmo. A gente tem essa preocupação aqui. Se tu vai fazer o encaminhamento para uma UBS, [se] existe esse serviço lá, se não existe, onde que ela vai buscar, daí a gente tenta fazer esse contato telefônico primeiro. (G2E06)

Fazendo a transição do cuidado ao longo da internação

Esta ponte da transição do cuidado desvelada é construída ao longo da internação, desde a admissão do paciente, finalizando pela sua reintegração por outro ponto da RAS, de modo geral a APS. Nesse processo, os enfermeiros revelam utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta orientadora do trabalho do enfermeiro na transição do cuidado para o domicílio.

A alta tem que ser trabalhada desde o início da internação, a gente tem que identificar esses problemas e ir trabalhando. (G1E05)

E eu muitas vezes eu não deixo para orientar assim quando o paciente está indo embora. Na medida que ele está internado aqui, a gente vai todo dia orientando um pouquinho. (G2E03)

Quando a gente faz histórico às vezes a gente já identifica algo que vai influenciar para alta, alguma orientação, algum encaminhamento então a gente não deixa especificamente no momento da alta. A gente vai se fazendo essas orientações, encaminhamentos ao longo da internação. (G1E01)

Buscando promover a continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na Rede de Atenção à Saúde

Compreendendo que a continuidade do cuidado exige o vínculo do paciente com a rede de atenção à saúde após a alta hospitalar

A continuidade do cuidado está relacionada ao vínculo estabelecido pelo paciente com a rede de atenção à saúde. Assim, a continuidade do cuidado exige a conexão entre os serviços de saúde, articulando o hospital aos demais pontos da RAS. Nesse sentido, os profissionais sentem-se responsáveis por assegurar o vínculo do paciente com os serviços de saúde necessários à continuidade do cuidado no contexto domiciliar.

De continuidade do cuidado eu entendo que quando ele sai daqui, ou seja, tá internado aqui, é um paciente que tem asma, ou diabetes ou qualquer outra doença crônica que precise de um acompanhamento

lá na outra ponta, quando ele sai daqui eu tenho que garantir que ele vai continuar o tratamento dele. (G1E04)

Continuidade é aquela linha, você começou aqui e a atenção primária vai dar a continuidade. Talvez os problemas que foram ontem não vão ser os de hoje, mas talvez sim. Então ela [APS] vai estar ciente do que foi trabalhado no hospital para dar continuidade lá na atenção primária. (G1E06)

Sendo referência para orientações de família e profissionais quanto ao cuidado da criança com condições crônicas

Os profissionais da equipe multidisciplinar hospitalar revelaram se disponibilizar como referência tanto para a família cuidadora, quanto para os profissionais dos demais pontos da RAS de menor densidade tecnológica. Esta postura foi evidenciada ao disponibilizarem seus contatos telefônicos e e-mails, elaborarem e divulgarem materiais informativos impressos, realizarem reuniões e encontros de discussão de casos e capacitação pontuais com equipes da APS que manifestam interesse.

A gente às vezes entra em contato, às vezes a equipe vem aqui, treina com a gente, depende também da vontade da equipe, a equipe da unidade básica de saúde do município do paciente. (G2E08)

Eu dou um informativo breve sobre a doença com o meu contato pro profissional entrar em contato caso precise. (G3E03)

Sentindo falta de sistemas logísticos e de apoio para integração entre os pontos de atenção e continuidade do cuidado do paciente

Contudo, a comunicação ao longo do tempo com os demais pontos de atenção da RAS, necessária para a continuidade do cuidado, é dificultada pela ausência de sistemas logísticos e de apoio que integrem os diferentes serviços de saúde que assistem as crianças com condições crônicas. Os participantes reconhecem a importância da gestão da informação na continuidade do cuidado e compreendem que sistemas de informação e comunicação, ao potencializar o diálogo entre os pontos de atenção, impactam na redução dos custos em saúde.

Nós não temos um sistema integrado de comunicação. [...] Então o que nos resta é fazer um relatório sistematicamente para esses

profissionais para que eles fiquem atualizados sobre o que está acontecendo. (G3E02)

Eu acho que a primeira coisa seria ter um prontuário único do paciente. Porque eu percebo que existe uma peregrinação das crianças nos serviços de saúde que nem sempre os pais conseguem lembrar de tudo. (G1E07)

Ele tem que, no momento que ele chegar para algum tipo de consulta ou algum tipo de acompanhamento, tem que ter a vida dele ali toda embarcada nesse software, onde eu consigo puxar toda a história dele: exames, tratamento, quem tá acompanhando, o que que tá fazendo, que medicamentos que ele usa, enfim, toda essa história dele. Isso além de ter uma eficiência do processo, claro, os custos da saúde iam cair vertiginosamente, além de ter um resultado, uma entrega muito melhor. (G3E11)

Desconhecendo a trajetória do paciente após a alta hospitalar

Acabando o livro e fechando a página no momento da alta do paciente

A incerteza sobre a garantia de continuidade do cuidado do paciente na RAS leva os profissionais a angústias por desconhecerem o impacto dos esforços conduzidos durante a internação. Apesar de buscarem atender todas as demandas necessárias para realizarem a transição do cuidado, desconhecem o que acontece na sequência, tendo oportunidade de saberem se suas condutas foram efetivas apenas quando acontecem as reinternações.

Agora assim, a partir do momento que o paciente saiu daqui e foi para casa eu só consigo saber o que aconteceu se esse paciente retorna. (G1E02)

Eu acho que deveriam ter protocolos dentro do município que a gente pudesse realmente ter essa certeza né, como eu te falei a gente não dá seguimento a esse acompanhamento quando ele [paciente] vai de alta, então a gente procura fazer sempre essa contrarreferência, mas a gente não tem certeza se vai dar certo né. G2E02

Isso é uma angústia que fica para todos eu acho. Acho que todos que trabalham com equipe de paciente crônico. (G3E03)

Necessitando de preparo e capacitação adequada dos profissionais da APS e demais pontos de atenção para facilitar a continuidade do cuidado os pacientes com condições crônicas

Para que aconteça a continuidade do cuidado na RAS após a alta hospitalar, é indispensável que as equipes da APS estejam capacitadas e preparadas para o adequado manejo do paciente com condições crônicas. Os profissionais da equipe hospitalar refletem sobre o quanto as equipes da APS se sentem responsáveis pelo cuidado das crianças com condições crônicas, e percebem que, em muitos casos, a APS não absorve esta demanda por entender que são de responsabilidade da atenção secundária especializada.

Porque se isso fosse mais efetivo e mais rápido seria mais positivo para as crianças. [...] Então de uma maneira geral, [falta] informação, conhecimento. (G1E08)

Os profissionais das unidades (APS), eles têm muito medo de lidar com esses pacientes crônicos, tanto por questão técnica mesmo, por in experiência e também porque não sei se não estão preparados psicologicamente para lidar. (G3E05)

Percebendo a dificuldade confiança dos pacientes com condições crônicas e famílias com a APS

Esta situação reflete em fragilidade no vínculo de confiança entre o paciente e família com a APS. Nessa conjuntura, em muitos casos, a APS é reconhecida pelos usuários como atenção de baixa complexidade, onde o paciente fará procedimentos simples como vacinas e controle de peso corporal, e terá acesso a materiais e medicamentos. Esta subutilização do nível primário impacta no repesamento do paciente na atenção secundária, além de incidir em maior frequência de hospitalizações, sobrecarregando os níveis de atenção secundária e terciária.

Eu também não tenho muito contato lá [APS], eu vou lá só quando eu preciso realmente. No mais, como a consulta dele é aqui [ambulatório do hospital], são todas aqui, eu quase acabo não indo lá. G3E07

O paciente sai da sua casa, talvez passe pela atenção básica e depois, se sentindo inseguro, ele vem aqui [hospital]. G3E11

Por falta de informação, de comunicação, então até mesmo porque acham que não vai resolver, já vão direto para o hospital. G1E01

Dependendo de cada município na articulação com a APS

Os participantes destacam que o nível de envolvimento da APS é muito sensível à gestão municipal. Ou seja, a longitudinalidade na APS e continuidade do cuidado na RAS depende da postura dos profissionais que atuam no nível municipal de saúde, nas dimensões assistencial e gerencial, demonstrando a fragilidade no estabelecimento de políticas para retenção dos profissionais e diminuição da rotatividade, mantendo profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS.

Primeiro que nós temos cinco mil e quinhentos municípios no Brasil e nós temos cinco mil e quinhentos SUS. G3E02

Varia muito de município para município. Tem município que abraça a causa, tem município que não abraça, que joga tudo para o Hospital Infantil. G2E06

Tem situações em que o profissional está errado, e ele até recebe o e-mail que eu mando, mas ele nem imprime a cartilha, ou ele nem lê. Então é uma incógnita, eu não sei qual é o perfil do profissional que eu vou encontrar lá na ponta. G1E08

Esperando as reinternações de crianças com condições crônicas

Identificando múltiplas causas que influenciam na frequência de reinternações

Como um processo circular, a trajetória da criança com condições crônicas na RAS, inclui a experiência de repetidas reinternações hospitalares. Essa situação é uma condição inerente à evolução da condição crônica, em que a trajetória do paciente vai envolver períodos de controle intercalados por agudizações que vão exigir novas internações.

Eu gosto de falar que é como se fosse um carrossel. Agora a criança está aqui, ela vai dar uma volta, eu não sei o que vai acontecer com ela, mas depois eu sei que ela vai estar aqui de novo. Eu sei que ela vai voltar. (G2E05)

Eu acho assim, a doença ela tem uma trajetória que pode ser muito difícil para as crianças que é: em determinado momento da vida delas, elas terão que internar. Porque as exacerbações, as agudizações, como queiram, passam a ser cada vez mais frequentes. (G3E02)

Eu não digo que iria diminuir o número de internações, porque são intercorrências graves, que não tem como manter a criança em casa. Mas iria ajudar, facilitar o processo. (G1E10)

Considerando que as reinternações não são completamente evitáveis

Embora a reinternação não possa ser completamente evitada, diversas ações são responsáveis por prolongar o tempo entre uma internação e outra, impactando sobre a qualidade de vida da criança e família. Entre estes fatores os participantes destacaram o acompanhamento longitudinal pela APS, altas planejadas que permitam a adequada transição do cuidado, acesso a acompanhamento multiprofissional da RAS, adesão à terapêutica, situação socioeconômica familiar, e educação da família que permita a identificação precoce das exacerbações.

O que a gente percebe é que essas crianças reinternam porque não conseguem acessar o especialista. (G2E02)

O paciente crônico que tem uma condição [socioeconômica] mais baixa, é uma paciente que está mais sujeito a reinternações. (G2E13)

Quando ele sai daqui ele tem que sair 100% né. Às vezes não sai. Como eu disse, muitas vezes volta. Talvez seja falta de orientação. [...] O que falha realmente talvez seja um pouco mais de preparação para a alta. (G1E03)

Desenvolvendo vínculo com as crianças com condição crônica e família em função das reinternações

As frequentes reinternações das crianças com condições crônicas favorecem o estabelecimento de vínculo das crianças e famílias com os profissionais da atenção hospitalar. Ao passo que os pacientes e famílias sentem que podem confiar nos profissionais, os

profissionais envolvem-se com estes pacientes, proporcionalmente à frequência com que reinternam.

Porque querendo ou não a gente se envolve, porque são crianças que a gente já conhece, eles criam um vínculo conosco também, como a gente cria com eles, com a criança, com a família. (G2E03)

As técnicas de enfermagem super atenciosas com ela [paciente], criaram um amor muito grande por ela, eu também criei porque eu tenho até hoje esse contato com elas. [...] A médica dela [...] se tornou muito especial para a gente, ela se tornou uma médica assim que além de ela ser profissional ela se tornou uma pessoa como se fosse uma pessoa da minha família. (G3E08)

Reconhecendo as especificidades no cuidado à criança com condições crônicas

Reconhecendo as especificidades de cuidados no contexto do domicílio

As crianças com condições crônicas são percebidas integralmente pelos participantes do estudo. Ao assistir estes pacientes, os profissionais revelam interesse em compreender a história de vida da criança, a situação familiar e domiciliar, e todas as situações específicas que acompanham a condição crônica por entenderem que estas características impactam na continuidade do cuidado após alta.

Ela interna com uma história de vida, interna com esse contexto familiar também. Então a criança faz parte dessa família, e muitas vezes a família que já vem de situações fragilizadas, já vem com sintomas que têm toda uma história. (G2E01)

Eu procuro saber, eu vou um pouco mais além assim “ah, como é que tá lá na tua casa, como é que você tá se virando?” (G1E02)

Percebendo a fragilidade dos cuidadores de crianças com condições crônicas

As condições crônicas na criança conferem fragilidade à família, que experiencia importantes mudanças no padrão de vida. A necessidade de adaptação à nova dinâmica envolve aspectos intrafamiliares, sociais, financeiros e psicológicos, impactando em importantes limitações de vida, especialmente da figura materna. Estes enfrentamentos são

reconhecidos pelos profissionais, que compreendem que são fatores com potencial de influência sobre a continuidade do cuidado.

Eles entregam a vida deles para isso. Eles não dormem mais, eles acordam de duas em duas horas para aspirar as crianças, eles não faltam às consultas, eles sofrem muito, eles ficam cansados, eles ficam deprimidos, eles engordam ou emagrecem muito. Porque é muito cansativo. E eles não têm ajuda de ninguém. E as pessoas se afastam, elas vão se afastando deles. Muitos porque não querem, muitos porque dizem que têm medo de cuidar da criança, muitos pais abandonam as mães, fica só a mãe fazendo tudo para ela. (G3E04)

Não tem muita atenção da parte familiar, é só eu e ele [pai da criança]. A gente se distanciou também, eu estou vendo que o meu casamento está meio que pela bola sete. Eu estou sendo sincera contigo. Eu estou me sentindo meio que abandonada (G3E08)

Reconhecendo a importância da continuidade do cuidado do paciente com condições crônicas na rede de atenção à saúde

As crianças com condições crônicas são reconhecidas pelos profissionais como pacientes que demandam maior atenção e suporte da equipe de saúde, exigindo esforços de todos para garantir a continuidade do cuidado. Dentre as necessidades específicas destes pacientes destacam-se a educação da família cuidadora, especialmente no que tange aos cuidados domiciliares e manipulação de dispositivos, atenção de uma equipe multidisciplinar e acompanhamento contínuo pela rede de atenção à saúde

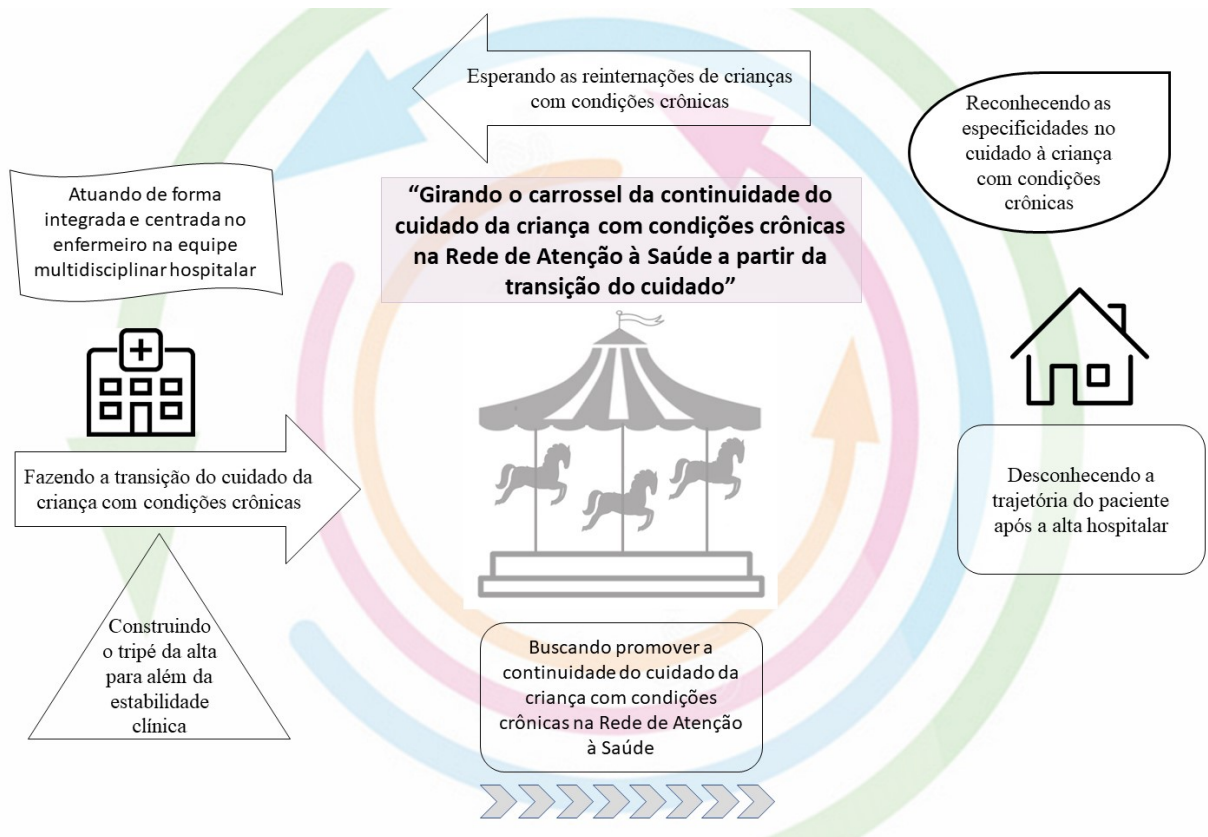
É um processo com vários atores que tem que funcionar. Mas se a gente tem um braço lá na unidade básica de saúde, aí é muito melhor né. (G2E06)

Então o ideal para mim seria isso, essa rede bem formada. Que ele saísse daqui com diagnóstico, fosse para a unidade [UBS], a unidade já ciente daquele diagnóstico, que ele tivesse aquele tratamento e fosse acompanhado. (G1E04)

Deveria ter mais profissionais de referência nas unidades básicas de saúde para que pudesse ter esse acompanhamento e não precisasse ficar voltando para o hospital para esse acompanhamento. (G2E10)

A interação entre as categorias e subcategorias do estudo revelaram a categoria central “Girando o carrossel da continuidade do cuidado da criança com condições crônicas na Rede de Atenção à Saúde a partir da transição do cuidado” (Figura 1).

Figura 1 – Representação do modelo teórico. Florianópolis, 2020



Fonte: Elaborado pela autora, 2020

QUESTÕES A SEREM RESPONDIDAS COM BASE NA SÍNTESE DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados serão validados segundo critérios centrais para julgar a aplicabilidade da teoria substantiva: credibilidade, originalidade, ressonância e utilidade (CHARMAZ, 2009).

CREDIBILIDADE

- Comente sobre sua experiência em relação ao modelo apresentado.
- Você se reconhece neste modelo? Tem familiaridade com o que está representado nas categorias e subcategorias em sua prática profissional?
- Considerando os cenários investigados e o perfil dos participantes, há algo importante neste contexto que não foi contemplado na teoria substantiva?

ORIGINALIDADE

- O modelo é de fácil compreensão?
- Discorra sobre a clareza e coerência entre as categorias e subcategorias.
- Os nomes das categorias e subcategorias são adequados? Quais alterações você sugere?
- Em relação à apresentação da teoria, você considera que há integração entre as categorias e subcategorias?
- Você considera que foi apresentada uma nova conceituação a um problema já reconhecido?

RESSONÂNCIA

- Você considera que o modelo pode ser facilmente interpretado por aqueles que não estão inseridos no contexto investigado?
- Você identifica direcionamentos para insights futuros a partir da análise do presente estudo?

UTILIDADE

- Referente ao nível de abstração da teoria, como você percebe a abrangência da teoria?

- Você considera que a teoria poderia ser aplicada em outros cenários? De que maneira ela poderia contribuir?

REFERÊNCIAS

CHARMAZ, K. A construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

APÊNDICE C - Instrumento de caracterização dos participantes da etapa quantitativa

- 1. Código do participante:** _____
- 2. Unidade de internação:** _____
- 3. Idade:** _____ (anos completos)
- 4. Sexo:**
 - (1) Feminino
 - (2) Masculino
- 5. Município de residência:**
 - (1) Florianópolis
 - (2) São José
 - (3) Palhoça
 - (4) outro: _____
- 6. Data da internação:** __ / __ / __
- 7. Data da alta** (a ser respondida na ocasião da ligação telefônica): __ / __ / __
- 8. Respondente:** _____
- 9. Vínculo do respondente com a criança:** _____
- 10. Telefones para contato:** _____
- 11. Causa da internação:** _____
- 12. Doença crônica:**
 - (1) Sim
 - (2) NãoQual: _____
- 13: Tempo de diagnóstico:** _____

ANEXO A - Manuscrito 1: Redes de Atenção à Saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil

Esc Anna Nery 2019;23(1): e20180214



REVISÃO | REVIEW

www.scielo.br/

EAN

Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil

Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil

Redes de atención a la salud: tendencias de la producción de conocimiento en Brasil

Caroline Cechinel Peiter¹

José Luís Guedes dos Santos¹

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello¹

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da

Costa¹

Selma Regina de Andrade¹

1. Universidade Federal de Santa Catarina.
Florianópolis, SC, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência de investigação de teses e dissertações brasileiras da área da saúde sobre o tema Redes de Atenção à Saúde. **Método:** Estudo documental, descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, realizado a partir da base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. A coleta de dados se deu em janeiro de 2018, a partir do termo "Rede de Atenção à Saúde". Foram incluídas teses e dissertações da área da saúde, desenvolvidas no cenário brasileiro e defendidas entre os anos 2013 a 2016. **Resultados:** Os 190 trabalhos encontrados foram distribuídos em quatro classes principais: Gestão das Redes de Atenção à Saúde; Redes temáticas de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede; e Formação profissional para atuação em rede. **Conclusão:** São tendências da produção do conhecimento o estudo da atenção primária como ordenadora da rede e sua relação com os demais níveis, a formação dos profissionais para atuação articulada e integrada, e a educação permanente em saúde, com foco na gestão das redes de atenção à saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Níveis de Atenção à Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the trend of scientific production about Healthcare Networks in thesis and dissertations in Brazil. **Methods:** documental, descriptive and exploratory study, with a quantitative approach, on the published between 2013 and 2016. The data collection was based on the catalog of theses and dissertations of Brazilian Personnel Improvement Coordination of Superior Level, during January 2018. **Results:** The 190 papers founded were distributed in four main classes: Integrated Healthcare Networks Management; Thematic health networks; Primary Healthcare as network Ordinator; and Professional education in healthcare networks. **Conclusion:** It is trend in the scientific knowledge production the study of Primary Healthcare as the ordinator of network and its interface with the other levels, the professional education in healthcare networks, the continuing education in health, focused on the healthcare networks management.

Keywords: Unified Health System; Health Management; Health Care Levels; Continuity of Patient Care; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la tendencia de investigación de tesis y disertaciones brasileñas del área de la salud sobre el tema Redes de Atención a la Salud. **Método:** estudio documental, descriptivo y exploratorio de abordaje cuantitativo, realizado a partir de la base de datos Catálogo de Tesis y Disertaciones Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior. La recolección de datos fue realizada en enero de 2018, a partir del término "Red de Atención a la Salud". Se han incluido tesis y disertaciones del área de la salud, desarrolladas en el escenario brasileño y defendidas entre los años 2013 a 2016. **Resultados:** Los 190 trabajos se distribuyeron en cuatro clases principales: Gestión de las Redes de Atención a la Salud; Redes temáticas de Atención a la Salud; Atención Primaria a la Salud como ordenadora de la red; y Formación profesional para actuación en red. **Conclusión:** Son tendencias de la producción del conocimiento, el estudio de la atención primaria como ordenadora de la red y su relación con los otros niveles, la formación de los profesionales para actuación en red articulada e integrada, y la educación permanente en salud, con foco en la gestión de las redes de atención a la salud.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Gestión en Salud; Niveles de Atención de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Integral a la Salud.

Autor correspondente:

Caroline Cechinel Peiter.
E-mail: carolcechinel@gmail.com.

Recebido em 28/07/2018.

Aprovado em 20/11/2018.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

INTRODUÇÃO

A organização dos sistemas de saúde pode variar entre uma conjuntura de total fragmentação, até a completa integração dos seus componentes, transitando entre as inúmeras possibilidades de arranjos entre os dois extremos desse espectro, o que repercute nas características dos modelos de atenção adotados. Em geral, sistemas fragmentados vinculam-se a modelos de atenção que respondem às condições agudas, enquanto que sistemas integrados estão articulados a modelos de atenção às condições crônicas¹.

A mudança nos quadros epidemiológico, demográfico, nutricional e tecnológico resultou no atual perfil de situação de saúde da população, com tripla carga de doenças, caracterizado pela coocorrência de condições crônicas e agudas, somadas ainda aos agravos decorrentes de causas externas. Assim, a implantação de modelos de atenção que respondam adequadamente às condições crônicas faz-se necessária. Diante desta nova agenda, muitos países vêm reformulando seus sistemas de saúde nos últimos anos, redirecionando-os a uma estrutura integrada, com foco no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e do cuidado integral².

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), busca qualificar a atenção por meio da ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado, tendo como objetivo o alcance da integralidade³⁻⁴. Nas RAS, a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção devem ser definidos de modo a responder prontamente aos eventos agudos, como também manejar as condições crônicas de saúde¹. As RAS são desenhadas de maneira a centralizar na APS a coordenação do cuidado e ordenação das redes, buscando fornecer um contínuo coordenado de ações e serviços de saúde a partir de uma população definida territorialmente. Essa forma de organização valoriza os fluxos de comunicação interorganizacional, partindo de um modelo mais hierarquizado para alcançar uma relação integrada entre os elementos da sua estrutura operacional, entre eles os pontos de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio e a APS⁴⁻⁵. Nesse sentido, buscam a integração entre os pontos de atenção à saúde, no sentido de permitir a integralidade do cuidado¹.

A operacionalização das RAS no SUS ainda se encontra em processo de consolidação e discussão de estratégias visando à sua implantação plena^{3,5}, o que tem incentivado a realização de pesquisas científicas sobre esse tema⁶. As RAS, como normatizadoras e organizadoras de um modelo de atenção, apresentam uma matriz discursiva, ideológica, que as estrutura, de modo que a produção científica sobre esse tema pode ser considerada como reverberações, efeitos e visibilidades possíveis de uma realidade em construção do cotidiano dos serviços e práticas em saúde. Diante dessa conjuntura, questiona-se: Qual a tendência de investigação sobre o tema Redes de Atenção à Saúde nas produções científicas na área da saúde no Brasil?

Este estudo teve como objetivo analisar a tendência de

investigação de teses e dissertações brasileiras da área da saúde sobre o tema Redes de Atenção à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem quantitativa, de base documental, realizado a partir da base de dados Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)⁷, vinculada ao Ministério da Educação brasileiro.

A coleta de dados se deu em janeiro de 2018, no site da CAPES, que disponibiliza o Catálogo em regime de domínio público. Utilizou-se o termo "Rede de Atenção à Saúde" no campo de busca, com aplicação do filtro "Ciências da Saúde" no campo Grande Área Conhecimento. Foram considerados como critérios de inclusão: tese ou dissertação da área da saúde, desenvolvida no cenário brasileiro, defendida entre os anos 2013 e 2016. Foram excluídos trabalhos que não disponibilizassem o resumo, ou que não apresentassem o termo Rede de Atenção ou Redes de Atenção no título ou resumo, tendo constado na busca inicial por apresentarem o termo no nome da linha ou projeto de pesquisa a que estavam vinculados.

A delimitação temporal estabelecida visou contemplar o último quadriênio de avaliação da CAPES. Além disso, considera-se que esse recorte temporal da busca possibilitou a inclusão de produções desenvolvidas com base nos dispositivos normativos e contextuais a partir do ano de 2010, tendo em vista a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Desde 2011, efetivamente, as RAS assumem o centro da política de atenção à saúde do MS, pautando o debate nacional e redirecionando os recursos federais que foram disponibilizados, potencializando os recursos estaduais e municipais.

A busca inicial apresentou 365 resultados, dos quais 288 estavam vinculados à grande área das Ciências da Saúde. Destes, 220 foram defendidos no quadriênio 2013-2016. Cinco trabalhos foram excluídos por não disponibilizarem o resumo na base de dados e 25, por apresentarem o termo Rede de Atenção ou Redes de Atenção apenas no nome da linha ou projeto de pesquisa aos quais estavam vinculados. Assim, obteve-se uma amostra final de 190 trabalhos.

A análise dos dados consistiu na extração das informações de cada tese ou dissertação, considerando: Ano de defesa; Região; Instituição; Programa de Pós-Graduação; Abordagem metodológica; Método; Contexto do estudo; Participantes da pesquisa; Descritores/Palavras-chave; e do resumo os Resultados e Conclusões. Os dados de caracterização foram organizados em planilha do *software* Excel[®] e analisados por estatística descritiva das variáveis. O material textual referente aos resultados e conclusões foi processado por meio do *software* Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ[®]).

O IRAMUTEQ possibilita o processamento e análise estatística sobre um *corpus* textual por meio do agrupamento de vocábulos, chamados de ocorrências, por similaridade semântica. Desse modo, permite cinco tipos de análises: Estatísticas

textuais clássicas; Pesquisa de especificidades de grupos e análise fatorial confirmatória; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise de similitude de palavras; e Nuvem de palavras⁸⁻⁹.

Vale destacar que o IRAMUTEQ possui uma interface singular, que se difere de outros *softwares* semelhantes. Nesse sentido, cabe descrever os significados da sua nomenclatura. O *corpus* compreende o agrupamento textual total utilizado na análise, que é composto por um conjunto de textos. Cada texto é representado por uma unidade a ser analisada, que neste estudo correspondeu a cada resumo incluído na análise. Os textos são, ainda, divididos pelo *software* em Segmentos de Texto (STs), fragmentos textuais de aproximadamente três linhas delimitados por similaridade semântica⁸⁻⁹.

O *corpus* foi preparado com base na unificação dos textos, compostos pelos trechos de resultado e conclusão de cada resumo dos trabalhos selecionados, organizados em um arquivo do programa Open Office[®]. O material foi revisado para eliminar possíveis erros de digitação e uniformizar siglas, permitindo que termos diferentes, mas com o mesmo significado, fossem considerados nas análises como similares. Foram padronizados os termos: Rede de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Sistema Único de Saúde (SUS), saúde mental e assistência farmacêutica. Termos compostos por mais de uma palavra foram reescritos, sendo separados com traço subscrito, identificando-os como um único termo. Ainda, os termos Atenção Básica e Atenção Básica à/em Saúde foram substituídos por Atenção Primária à Saúde, considerando a equivalência dos termos definida pela Política Nacional de Atenção Básica¹⁰, permitindo maior consistência dos dados.

As categorias de palavras incluídas para análise foram: adjetivos, substantivos, verbos e formas não reconhecidas, uma vez que estas incluíam termos frequentes no *corpus*, como siglas e termos unificados, de modo que 91,3% dos STs fossem aproveitados para análise. Para este estudo, foram realizadas as análises por Estatística textual clássica e CHD. As ocorrências apresentadas em cada uma das classes na CHD são ordenadas de forma decrescente de acordo com o valor obtido no teste do Qui-Quadrado (X^2), e todas apresentaram valores estatisticamente significantes ($p < 0,0001$).

RESULTADOS

Dos 190 trabalhos selecionados, 153 (80,5%) eram Dissertações e 37 (19,5%), Teses, cuja caracterização está apresentada na Tabela 1.

Os 190 trabalhos apresentaram 809 palavras-chave e 394 termos diferentes. As palavras-chave mais frequentes foram: Atenção Primária à Saúde (54;28,4%), Enfermagem (29;15,3%), Estratégia Saúde da Família (23;12,1%), Sistema Único de Saúde (20;10,5%), Assistência à Saúde (15;7,9%), Avaliação em Saúde (14;7,4%) e Integralidade em Saúde (14;7,4%).

Em relação à análise dos dados textuais, o *corpus* geral foi constituído por 188 textos, pois não foi possível identificar claramente em dois resumos os resultados e/ou conclusões da

pesquisa. Nestes, emergiram 38.531 ocorrências, sendo 5.284 palavras distintas. A análise por estatística textual clássica evidenciou como termos mais frequentes, em ordem decrescente: saúde, serviço, cuidado, atenção, profissional, rede, Rede de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, trabalho e processo, mostrando-se, de modo geral, semelhante à frequência de palavras-chave.

No material analisado, identificaram-se cinco classes semânticas: 1) Gestão das Redes de Atenção à Saúde; 2) Redes temáticas de Atenção à Saúde; 3) APS como ordenadora da rede; 4) Formação profissional para atuação em rede; 5) Resultados estatísticos. A análise por CHD evidenciou relação entre as Classes 1 e 4 e Classes 3 e 2. Ambos os agrupamentos são permeados pela Classe 5, que correspondeu a inferências estatísticas dos resultados e aspectos epidemiológicos dos estudos, a qual não será discutida neste artigo pois não representou tendência temática de investigação. A Figura 1 ilustra a distribuição e relação entre as classes.

A **Classe 1, Gestão das Redes de Atenção à Saúde**, incorporou 24,9% dos STs e teve como destaque as ocorrências Modelo, Ator, Processo, Gestão e Trabalho. Nesta classe, destacou-se a necessidade de reorientação do modelo assistencial para atingir os pressupostos da RAS. Apesar de os estudos indicarem a APS como eixo reestruturante do modelo assistencial (como apresentado na classe 3), constatou-se que os modelos predominantes são pouco atuantes nas ações de promoção da saúde. São recorrentes conteúdos relacionados à fragilidade da responsabilidade coletiva e da incorporação de diferentes saberes à prática de saúde, apontando a necessidade de reorganização do processo de trabalho das equipes multiprofissionais, uma vez que a coordenação do cuidado pela APS sustenta-se, obrigatoriamente, por ações compartilhadas por vários profissionais. Também houve destaque à orientação das redes por políticas nacionais, permitindo seu fortalecimento por meio da execução adequada por seus atores: profissionais, gestores e usuários. Apesar de apresentarem a importância do diálogo entre equipes, gestores e usuários para consolidação de um modelo de atenção às condições crônicas, os estudos constatarem deficiência da participação social. Foi identificada baixa capacidade gerencial dos municípios, sendo um entrave destacado a limitada capacidade assistencial instalada dos municípios de pequeno porte. Somado a isso, há dificuldade de planejamento das ações intermunicipais, incluindo financiamento e processo decisório compartilhado.

A **Classe 2** foi denominada **Redes temáticas de Atenção à Saúde**, representada por 16,8% dos STs. Nesta classe, o termo Criança foi o mais significativo. Além disso, destacaram-se temas referentes às redes de atenção à saúde materno-infantil (incluindo processo de parto e nascimento, prematuros, neonatos e adolescentes), saúde auditiva, e atenção a pessoas com doenças crônicas. Os conteúdos apresentados abordavam aspectos relacionados à importância do posicionamento do profissional, sendo este capaz de determinar o perfil assistencial do serviço de saúde: se voltado à fragmentação ou à integralidade do cuidado.

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

Tabela 1. Caracterização das teses e dissertações brasileiras da área da saúde com a temática Rede de Atenção à Saúde defendidas entre 2013 e 2016 (n=190).

		N	%
Ano de defesa	2013	28	14,7
	2014	40	21,1
	2015	73	38,4
	2016	49	25,8
Região	Sudeste	98	51,5
	Sul	41	21,6
	Nordeste	31	16,3
	Centro-Oeste	18	9,5
	Norte	2	1,1
Instituição	Fundação Oswaldo Cruz	19	10,0
	Universidade Federal de Santa Catarina	17	8,9
	Universidade Federal de Minas Gerais	13	6,8
	Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto)	11	5,8
	Universidade de Brasília	9	4,7
	Outras	121	63,8
Programa de Pós-Graduação	Enfermagem	59	31,1
	Saúde Coletiva	42	22,1
	Saúde Pública	16	8,4
	Odontologia	10	5,3
	Saúde da Família	9	4,7
	Outros	54	28,4
Abordagem metodológica	Qualitativa	111	58,4
	Quantitativa	51	26,8
	Qualitativa e quantitativa ou mista	22	11,6
	Não identificado	6	3,2
Método	Pesquisa descritiva e/ou exploratória	46	24,2
	Estudo de caso	34	17,9
	Estudo transversal	20	10,5
	Não mencionado	27	14,2
	Outros	63	33,2
Contexto do estudo	Atenção Primária à Saúde	52	27,4
	Rede municipal de saúde	51	26,8
	Pontos de atenção secundários e terciários	38	20,0
	Rede regional / intermunicipal de saúde	15	7,9

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

	N	%
Rede nacional de saúde	13	6,8
Rede estadual de saúde	10	5,3
Instituições de Ensino Superior	8	4,2
Sistemas de apoio	1	0,5
Outros	2	1,1
Participantes da pesquisa		
Profissionais	59	31,0
Usuários e familiares	32	16,8
Usuários, profissionais e gestores	18	9,4
Gestores	17	8,9
Profissionais e gestores	16	8,4
Usuários e profissionais	13	6,8
Docentes e estudantes	6	3,5
Usuários e gestores	1	0,5
Outros	18	9,4
Não mencionado	10	5,3

Na perspectiva das redes temáticas, foi indicada baixa interação entre os serviços da rede, apontando-se falhas no referenciamento aos serviços especializados, reflexos de um modelo médico-assistencial hegemônico, hospitalocêntrico e centrado na doença, ainda presente. Foi destacada a necessidade de ações que articulem promoção da saúde às práticas de cuidado, com foco no autocuidado e participação da equipe multiprofissional, usuário e familiar para um cuidado compartilhado.

A **Classe 3, APS como ordenadora da rede**, obteve a maior frequência de STs, com 27,1%, e apresentou destaque das ocorrências Acesso e Serviço. Nessa classe, foi recorrente a abordagem do distanciamento e da fragilidade na integração entre os diferentes serviços de saúde, com destaque para a incipiência dos sistemas logísticos. A comunicação não efetiva entre todos os níveis assistenciais foi apontada como óbice no acompanhamento do usuário ao longo da rede. Nos pontos de atenção secundários e terciários, os estudos indicaram morosidade referente à realização de exames complementares e na avaliação por outros profissionais. Nos serviços de urgência e emergência, foi frequente a indicação de demandas que poderiam ser absorvidas pela APS. Os estudos analisados trouxeram ainda a necessidade de reestruturação da APS que, uma vez consolidada, se torna porta de entrada prioritária para o acesso aos demais serviços, permitindo que esta assumira seu papel central na organização da rede.

A **Classe 4, Formação profissional para atuação em rede**, teve 18,3% dos STs e apresentou interface com a Classe 1, indicando interesse sobre a perspectiva da Educação Permanente como Política de Saúde e, por conseguinte, dispositivo da gestão em saúde. Nesse sentido, a educação permanente é

adotada como ferramenta para fortalecer o comprometimento e preparo de profissionais e gestores quanto à gestão das redes. Os textos apresentaram conteúdos relacionados à necessidade de reorientação da formação, com foco na integralidade, uma vez que consideram o modelo atual distante do ideal de formação profissional para o SUS. Também são indicadas estratégias como o apoio matricial realizado pelo NASF, que, apesar de ainda apresentar articulações pouco estruturadas, assegura retaguarda especializada aos profissionais e oportuniza uma matriz de aprendizagem diferenciada que agrega a troca de saberes multiprofissionais à produção contínua de cuidado. Foram sugeridas, ainda, a integração ensino-serviço nas instâncias intersetoriais de gestão e a educação permanente em saúde como instrumento para realizar mudanças e gerar transformações.

DISCUSSÃO

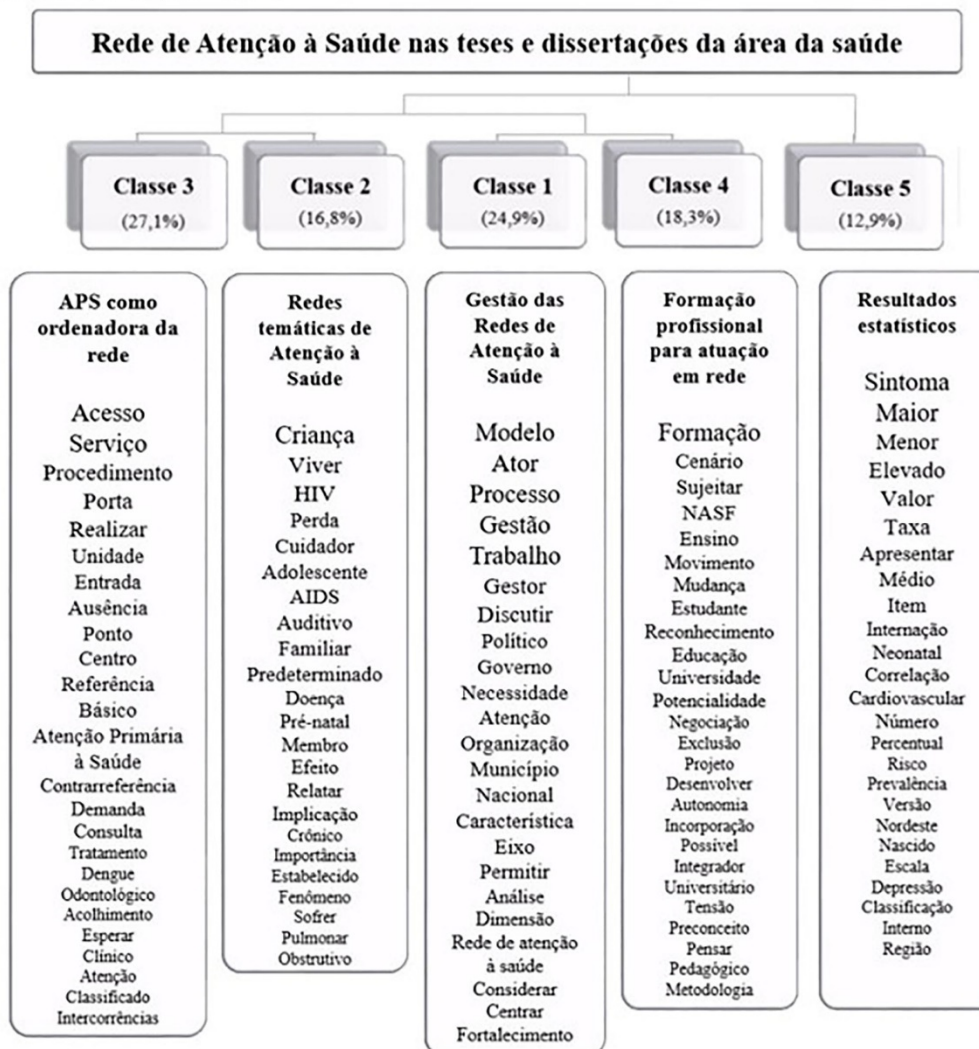
A instituição da Portaria 4.279 de 2010, que estabelece as RAS no âmbito do SUS no Brasil, resultou em aumento das discussões e investigações sobre a temática, o que pode ter contribuído para a progressão do número de estudos de 2013 a 2015⁹. Consulta ao Catálogo de Dissertações e Teses da Capes mostra que, em 2017, foram defendidas 84 teses e dissertações sobre o tema. Esse número é maior em relação a todos os anos anteriores e mostra a expansão das investigações acerca da temática RAS⁷.

Observou-se dispersão dos trabalhos, uma vez que as 190 teses e dissertações foram desenvolvidas em 126 instituições. No entanto, foi observada concentração dos estudos na Região Sudeste, com 51,5% das teses e dissertações defendidas no período. Estes dados corroboram com a irregular distribuição

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

Figura 1. Tendências do tema de Rede de Atenção à Saúde em teses e dissertações brasileiras da área da saúde de 2013 a 2016 - Classificação Hierárquica Descendente a partir do *software* IRAMUTEQ



nacional dos cursos de mestrado e doutorado. Estudo que objetivou analisar a distribuição da pós-graduação *stricto sensu* no Brasil identificou que 50,7% dos cursos de mestrado e doutorado se concentravam no Sudeste do país¹¹.

Em relação ao programa de pós-graduação de origem dos trabalhos, houve destaque para Enfermagem e Saúde Coletiva. No contexto do SUS, a redefinição da identidade por meio da

autonomia e empoderamento do enfermeiro foi impulsionada sobremaneira pela criação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A partir de então, com o fortalecimento do SUS e consolidação da ESF, as demandas da APS exigiram maior autonomia e incremento do escopo de atuação desse profissional, o que influenciou na valorização do seu trabalho, com destaque à sua atuação na gestão dos serviços. Somado a isso, por possuir em

seu currículo acadêmico disciplinas relacionadas à administração, o enfermeiro necessita explorar o contexto e os modelos de atenção nos quais a interação entre as pessoas acontece. Desta forma, mesmo que o tema Redes de Atenção à Saúde seja interdisciplinar e multiprofissional, caracteriza-se como um importante nicho de atuação para a Enfermagem¹².

A predominância da produção na Enfermagem também pode ser interpretada como um alerta para a importância de novos estudos sobre o tema em outras áreas no campo da saúde. Os processos de gestão e trabalho das várias profissões no SUS possuem interface com o modelo de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde, e mais especificamente as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, podendo fomentar diferentes produções acadêmicas.

A produção do conhecimento em ciências da saúde é sustentada por meio das abordagens quantitativa e qualitativa, por vezes utilizadas de modo associado. Os estudos analisados utilizaram majoritariamente abordagem qualitativa. Apesar da hegemonia dos estudos quantitativos em saúde, a pesquisa qualitativa ganha espaço à medida que temas referentes às ciências humanas e sociais são introduzidos nas investigações, fazendo do desenvolvimento de estudos com rigor metodológico alicerçado em bases teóricas um desafio¹³⁻¹⁴.

No tangente aos métodos de pesquisa, predominou o uso de desenhos de pesquisa descritiva e/ou exploratória e estudo de caso. Ao passo que estudos exploratórios e descritivos possibilitam uma compreensão ampla de fenômenos de investigação, é importante o investimento em desenhos de pesquisas com maior envergadura teórico-metodológica. O uso do estudo de caso como referencial metodológico permite a análise de uma instituição, um setor, um programa de governo, o que possibilita representar um caso peculiar ou comparar um conjunto destes. Esse método é útil na área da saúde, pois possibilita a investigação de fenômenos complexos, como o das redes de atenção, por meio de múltiplas fontes de coleta de dados, permitindo sua profunda compreensão¹⁵.

A maioria dos estudos foi realizada no contexto da APS e da rede municipal de saúde, apresentando coerência ao princípio do SUS de descentralização político-administrativa com foco na municipalização, e no pressuposto de coordenação das RAS pela APS. Apesar da recomendação de que uma rede de saúde atinja sua autonomia e seja capaz de ofertar a integralidade nos três níveis de atenção nos limites da região de saúde¹⁶, apenas 7,9% dos estudos analisados focalizou esse contexto. O fortalecimento dos territórios regionais exige reflexão e discussão da gestão regional, de modo a definir, colaborativamente, estratégias de acesso e integração regional, instrumentos de regulação, e planejamento e alocação da oferta, visando assegurar a integralidade da atenção^{6,17}.

Os estudos incluíram como participantes os principais atores das RAS, ou seja, profissionais, usuários, familiares e gestores, além de educadores e profissionais em formação. Esse achado vai ao encontro da estratégia nacional de implementação das RAS com a inclusão de diferentes atores, governamentais e

sociais, e suas interdependências, permitindo o contraponto de interesses diversos frente ao benefício coletivo¹⁶.

As palavras-chave mais frequentes do estudo demonstraram coerência com os termos mais frequentes, com destaque ao tema APS, indicando que os descritores representam adequadamente os resultados encontrados pelos estudos. Essa análise também demonstra conformidade com as linhas prioritárias de investigação sobre as RAS, que inclui a APS como coordenadora do cuidado e integração entre os serviços de saúde⁶.

Há que se considerar que as mudanças nos modelos de atenção e arranjos organizativos ocorrem com mais lentidão do que os fatores que influenciaram o aumento das condições crônicas. Desse modo, hoje majoritariamente as condições crônicas são atendidas por modelos de atenção a condições agudas^{1,18}, justificando a necessidade evidenciada nos resultados deste estudo de reorientação do modelo assistencial, adequando-o para atender às condições crônicas.

Nesse sentido, a responsabilização coletiva, incluindo atuação multiprofissional e participação social, faz-se substancial para atingir os objetivos das RAS. A formação de recursos humanos é ponto central para estruturação e integração das redes, gerando profissionais preparados para atuar como protagonistas no sistema de governança das RAS¹⁹. A reorganização do trabalho das equipes deve levar em conta os pressupostos da governança, tendo como objetivo final fortalecer a capacidade de gestão regional por meio do planejamento, monitoramento e avaliação. O termo "governança" não emergiu como ocorrência frequente em nenhuma das classes deste estudo, o que permite inferir que o uso do termo ainda é incipiente neste contexto. Entretanto, emergiram dos resultados ações que podem ser consideradas estratégias de fortalecimento da governança regional, como a capacitação de profissionais em conceitos de redes, fomento a sistemas de avaliação da qualidade dos serviços e a orientação dos municípios pela região de saúde sobre um planejamento de saúde compartilhado²⁰.

Ainda em relação à gestão das RAS, o incentivo à municipalização no SUS encontra problemas no acesso à média e alta complexidade, considerando a predominância de municípios de pequeno porte e a normalmente baixa capacidade instalada destes, levando a uma situação comum de dependência externa, especialmente aos serviços de média e alta complexidade. Com o intuito de amenizar estes prejuízos, a regulamentação do SUS realizada em 2011 buscou priorizar o planejamento ascendente, substancial neste processo. Nessa conjuntura, as redes regionais de saúde se mostram fundamentais no processo de tomada de decisão e de responsabilidades compartilhadas entre municípios²¹.

No intuito de promover uma economia de escala em rede, sem prejuízo da integralidade, são definidas as redes temáticas de atenção à saúde. No SUS, são redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, de atenção psicossocial, doenças crônicas, rede de atenção às urgências e emergências e de atenção à pessoa com deficiência²². O destaque da ocorrência criança na análise deste estudo e a presença de outros termos relacionados vai ao

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

encontro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso proposto pela Organização das Nações Unidas e firmado pelos líderes mundiais no ano 2000. Nesse documento, dois dos oito objetivos tratavam da redução da mortalidade infantil e melhora da saúde materna²³. Essa tendência identificada indica, ainda, interesse de investigação sobre a Rede Cegonha que, no Brasil, tem como foco a saúde materna e de crianças até dois anos²⁴. No contexto da saúde da mulher, esta rede qualificou a atenção a estas populações, que apresentava indicadores de saúde desfavoráveis, necessitando, deste modo, de uma política de atenção direcionada às suas especificidades²⁵.

A assistência à saúde na lógica das redes temáticas está relacionada aos pontos de atenção secundários e terciários e seus serviços especializados. O conceito de pontos de atenção à saúde vem, no contexto da RAS, como estratégia para remodelação dos serviços isolados e fragmentos organizados no até então vigente modelo piramidal, indicando o interesse na atenção integrada promovida pelas redes temáticas²⁶.

No entanto, a continuidade do cuidado ainda apresenta fragilidade, especialmente em relação aos fluxos descontínuos de referência e contrarreferência²⁷⁻²⁸, pouca articulação dos pontos de atenção especializados com a APS e raros processos efetivos de contrarreferência²⁸⁻²⁹. Nesse sentido, vislumbra-se espaço de atuação do enfermeiro de ligação como estratégia para superação da fragilidade na integração entre os serviços de saúde e promoção da continuidade do cuidado na rede de saúde. Em serviços de saúde que visam à melhoria da comunicação e do planejamento de cuidados entre os pontos de atenção, é possível promover a atuação deste profissional como responsável pelo gerenciamento da informação e coordenação de cuidados e serviços. Esta tem sido uma estratégia aplicada para alcance da integralidade e continuidade do vínculo nos fluxos do usuário pelo sistema em outros contextos, a exemplo de países como Canadá, Espanha e Portugal, e tem obtido resultados exitosos no que tange à continuidade do cuidado em pontos de transição, com foco na transição do ambiente hospitalar à APS, momento sensível à descontinuidade do cuidado^{4,30-31}.

A Classe 2 comportou-se como complementar à Classe 3, indicando a associação entre as redes temáticas e sua orientação pela APS. A atribuição da APS como coordenadora do cuidado inclui a organização da prestação do cuidado ao paciente, gerenciando os recursos e dispositivos para distribuição da atenção entre os prestadores. A ausência ou incipiência desta coordenação pressupõe dificuldade no acesso e na continuidade do cuidado, desperdício de recursos financeiros, duplicação de serviços especializados e má qualidade da atenção^{2,4}. No entanto, esta problemática não se restringe à realidade brasileira. Estudo realizado em dez países sobre a longitudinalidade do cuidado na percepção de médicos da APS avaliou como desfavoráveis a comunicação com os demais prestadores de serviços e a coordenação do cuidado pela APS, caracterizando-se como um dos principais entraves em sistemas de saúde do mundo todo².

Diante do exposto, a integração horizontal e vertical das

RAS depende diretamente de mecanismos de comunicação eficientes³². A transferência limitada de informação entre os pontos de atenção configura importante limitação para a coordenação do cuidado, dificultando o acompanhamento do paciente e prejudicando em muitos momentos seu acesso ao diagnóstico final e tratamento⁵. No entanto, os resultados do estudo não apresentaram avanços no que tange aos sistemas de apoio técnico e logísticos das RAS, sendo destacada a imaturidade da implantação destas ferramentas no SUS.

Por fim, a última classe apresentou a necessidade de formação profissional orientada aos pressupostos da RAS, destacando que os recursos humanos representam elemento fundamental para a organização e desempenho satisfatório da rede de saúde. Nesse sentido, os profissionais devem ser capacitados e motivados a trabalhar como protagonistas no serviço, visando à qualidade e aperfeiçoamento das redes. Estudo de caso realizado nas redes de atenção à saúde do Brasil e Colômbia apontou a fragilidade do treinamento profissional de acordo com o modelo de atenção, tanto em relação aos profissionais da APS como nos demais níveis de atenção⁵.

Além disso, o modelo de contratação temporária e a carga horária reduzida influenciam na rotatividade profissional e criação de vínculos com a população, respectivamente, e comprometem a longitudinalidade da atenção e continuidade do cuidado, indicando a necessidade de uma política de valorização profissional e de fortalecimento dos vínculos com a APS, o que demanda eficiência e esforço dos gestores^{5,20}. Também é importante potencializar a comunicação entre os profissionais, oportunizando trocas de conhecimento e fortalecendo vínculos de colaboração e trabalho em equipe⁵.

É importante pontuar que o uso do software não substituiu a análise e as inferências dos pesquisadores em relação aos resultados. A partir da análise por CHD, os autores definiram a nomenclatura das classes e apresentaram inferências sobre as relações sugeridas pelo programa, com base na literatura e no conhecimento prévio sobre a temática.

Como limitações deste estudo, deve-se considerar o fato de não ter sido acessado o texto completo das teses e dissertações, restringindo-se a análise aos resumos disponibilizados no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Também é importante ponderar que o período em análise contempla o auge da estruturação e implantação das RAS, uma vez que, em geral, foram analisadas dissertações iniciadas a partir de 2012 e teses, de 2013. Assim, novos estudos devem ser realizados buscando acompanhar as tendências da produção do conhecimento acerca da temática em voga, bem como os desdobramentos teórico-práticos das investigações que já foram realizadas e/ou estão sendo desenvolvidas.

CONCLUSÃO

Foram identificadas tendências da produção do conhecimento no âmbito acadêmico, no Brasil, em relação à investigação do modelo de atenção à saúde e aos componentes da estrutura operacional: APS como ordenadora da rede e demais

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

níveis. A formação dos profissionais para atuação em rede, incluindo formação acadêmica e a educação permanente em saúde, com foco para a gestão das RAS, também se apresentaram como tendência.

Considerando os elementos constituintes das RAS, foram identificadas como lacunas a serem exploradas em futuros estudos os componentes da estrutura operacional: sistemas logísticos, sistemas de apoio técnico e diagnóstico e sistema de governança, além da formação profissional orientada aos pressupostos da RAS, com destaque à integração entre os serviços e continuidade do cuidado. Desse modo, pontua-se a necessidade de novos estudos para explorar os avanços alcançados e lacunas ainda existentes em cada das categorias apresentadas no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Mendes EV. Interview: The chronic conditions approach by the Unified Health System. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 Feb; [cited 2018 Mar 7]; 23(2):431-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>
- Osnorn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Samak DO. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff* [Internet]. 2015 Dec; [cited 2018 Mar 7]; 34(12):2104-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26643631>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Lamothe L, Sylvain C, Sit V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. *Sante Publique* [Internet]. 2015 Jan/Feb; [cited 2018 Mar 15]; 27(Suppl. 1):S129-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26168626>
- Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paeppe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 Jun; [cited 2018 Mar 30]; 31(6):736-48. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26874327>
- Noronha JC. Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. *Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2014; [cited 2018 Jan 22]; 52:50-3. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
- Catálogo de Teses & Dissertações - CAPES [Internet]. 2018; [cited 2017 Dec 20]. Available from: <http://catalogodeteses.capes.gov.br>
- Tomicic A, Bernardi F. Between Past and Present: The Sociopsychological Constructs of Colonialism, Coloniality and Postcolonialism. *Integr Psychol Behav Sci* [Internet]. 2018 Mar; [cited 2018 Jan 25]; 52(1):152-75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12124-017-9407-5>
- Moura SRB, Marques Junior ASSM, Oliveira TA, Nascimento LDS, Mesquita GV, Brito JNPO. Factors associated with the fall of elderly which may result in femoral fracture. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2016 Feb; [cited 2018 Jan 25]; 10(Supl. 2):720-6. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/artic/view/11012>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- Cirani CBS, Campanario MA, Silva HHM. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. *Avaliação* (Campinas) [Internet]. 2015; [cited 2018 Sep 2]; 20(1):163-87. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772015000100163&script=sci_abstract&lng=pt
- Regis CG, Batista NA. The nurse in the area of collective health: conceptions and competencies. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Sep/Oct; [cited 2018 Mar 8]; 68(5):830-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20156805101>
- Gomes MHA, Martin D, Silveira C. Pertinent comments about the use of qualitative methodologies in the public health field. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 Jul/Sep; [cited 2018 Jan 25]; 18(50):469-77. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0271>
- Taquette SR, Minayo MCS, Rodrigues AO. The perceptions of medical researchers on qualitative methodologies. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 Apr; [cited 2018 Jan 25]; 31(4):722-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00094414>
- Andrade SR, Ruoff AB, Piccoli T, Schmitt MD, Ferreira A, Xavier ACA. Original article case study as a nursing research method: an integrative review. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 Nov; [cited 2018 Jan 22]; 26(4):e5360016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>
- Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Divulg Saúde Debate* [Internet]. 2014; [cited 2018 Jan 22]; 52:38-49. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
- Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OU, et al. The process of building up regional health management in the State of São Paulo: subsidies for analysis. *Saude Soc* [Internet]. 2015 Apr/Jun; [cited 2018 Jan 25]; 24(2):423-37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>
- Marinho F, Passos VMA, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2016; [cited 2018 May 18]; 25(4):713-24. Available from: www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400713&script=sci_abstract&lng=pt
- Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Human resources: critical factor for primary health networks. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 Jan/Mar; [cited 2018 Mar 15]; 38(100):26-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026
- Casanova AO, Cruz MM, Giovannella L, Alves GR, Cardoso GCP. Health care networks implementation and regional governance challenges in the Legal Amazon Region: an analysis of the QualiSUS-Rede Project. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Apr; [cited 2018 Jan 8]; 22(4):1209-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26562016>
- Medeiros CRG, Gerhardt TE. Evaluation of the Health Care Network in small towns from the perspective of management teams. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 Dec; [cited 2018 Mar 8]; 39(no spe):160-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005201>
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. [cited 2018 Mar 7]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Br). IPEA. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília (DF): IPEA; 2014.
- Soares RS, Anjos UU, Viana RPT, Guimarães AR, Gomes LB, Araújo JSS, et al. Analysis of Changes in Maternal and Child Health Policy in a Capital of Northeastern Brazil: Dilemmas and Challenges for Care. *Int Arch Med* [Internet]. 2016; [cited 2018 Mar 9]; 9(279):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3823/2150>
- Sally EOF, Freire MML, Ferreira HC, Berger SMD, Alvarez MM, Ribeiro CRS. Articulating gender and health: professional qualification within the scope of Rede Cegonha. *Demetra* [Internet]. 2017; [cited 2018 Mar 9]; 12(4):941-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2017.28661>
- Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. Falling through gaps: primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. *Fam Pract* [Internet]. 2015 Feb; [cited 2018 Mar 9]; 32(1):82-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu077>

Conhecimento sobre Redes de atenção à saúde

Peiter CC, Santos JLG, Lanzoni GMM, Mello ALSF, Costa MFBNA, Andrade SR

27. Araújo DE, Merchan-Hamann E, Lima FSS, Laguardia J, Gutierrez MMU. Evaluation of health care networks: a proposal for key performance indicators. *RECIIS - RECIIS* [Internet]. 2016 Jul/Sep; [cited 2018 Mar 25]; 10(3):1-16. Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16988>
28. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017; [cited 2018 Jun 25]; 21(2):e20170028. Available from: http://ean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1499
29. Ferreira ML, Vargas MAO, Marques AMFB, Huhn A, Andrade SR, Vargas CP. Nursing actions in reference and counter-reference in health care for persons with amputation. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017; [cited 2018 Mar 9]; 22(3):e50601. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50601>
30. McNab J, Paterson J, Fernyhough J, Hughes R. Role of the GP liaison nurse in a community health program to improve integration and coordination of services for the chronically ill. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2016; [cited 2018 Mar 9]; 22(2):123-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25704062>
31. Ribas EN, Bernardino E, Larocca LM, Poli Neto P, Aued GP, Silva CPC. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018; [cited 2018 Aug 27]; 71(Suppl.1):546-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>
32. Almeida PF, Santos AM. Primary Health Care: care coordinator in regionalized networks? *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 Dec; [cited 2018 Mar 11]; 50:80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006602>

ANEXO B - Versão brasileira do *Care Transitions Measure* (CTM-15 Brasil)

Nome do paciente: _____ **Data:** _____

Quem participou da entrevista? () Paciente () Cuidador

As primeiras afirmações são sobre o período que você estava no hospital...

1. Antes de sair do hospital, eu e a equipe de saúde concordamos sobre objetivos para minha saúde e como eles seriam alcançados.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

2. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir quais seriam as minhas necessidades de saúde para depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

3. A equipe do hospital considerou as minhas preferências e as da minha família ou cuidador para decidir onde as minhas necessidades de saúde seriam atendidas depois que eu saísse do hospital.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

As próximas afirmações são sobre quando você estava se preparando para sair do hospital...

4. Quando eu saí do hospital, eu tive todas as informações que precisava para que eu pudesse cuidar de mim mesmo.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

5. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

6. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente os sinais de alerta e os sintomas que eu deveria observar para monitorar a minha condição de saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

7. Quando eu saí do hospital, eu recebi um plano escrito, legível e de fácil compreensão, que descrevia como todas as minhas necessidades de saúde seriam atendidas.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

8. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem minha condição de saúde e o que poderia melhorá-la ou piorá-la.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

9. Quando eu saí do hospital, eu compreendi bem o que era de minha responsabilidade para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

10. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que eu sabia o que fazer para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

11. Quando eu saí do hospital, eu me senti seguro de que conseguiria fazer as coisas necessárias para cuidar da minha saúde.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

A próxima afirmação é sobre suas consultas de acompanhamento médico...
--

12. Quando eu saí do hospital, eu recebi uma lista por escrito, legível e de fácil compreensão, das consultas ou exames que eu precisava realizar dentro das próximas semanas.

Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito	Não sei/não me lembro/não se aplica
---------------------------	-----------------	-----------------	---------------------------	--

As próximas afirmações são sobre seus medicamentos...

13. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente o motivo de tomar cada um dos meus medicamentos.

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

**Não sei/não me
lembro/não se
aplica**

14. Quando eu saí do hospital, eu entendi claramente como tomar cada um dos meus medicamentos, inclusive a quantidade e os horários.

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

**Não sei/não me
lembro/não se
aplica**

15. Quando saí do hospital, eu entendi claramente os possíveis efeitos colaterais de cada um dos meus medicamentos.

**Discordo
Muito**

Discordo

Concordo

**Concordo
Muito**

**Não sei/não me
lembro/não se
aplica**

ANEXO C - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: José Luís Guedes dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02730018.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.063.726

Apresentação do Projeto:

Trata o presente projeto, "CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE", de uma tese de doutorado submetida pelo Prof. José Luiz G. dos Santos, que assina a folha de rosto como pesquisador responsável, juntamente com a Prof. Jussara Gue Martini, Coordenadora do PPG Enfermagem/CCS/UFSC. Trata-se de um estudo de métodos mistos, associando um estudo quantitativo, do tipo analítico transversal, com um estudo qualitativo, do tipo Teoria Fundamentada nos Dados, que pretende analisar como acontece a continuidade do cuidado e transição do cuidado de pacientes com condições crônicas na Rede de Atenção à Saúde. O tamanho amostral é 200, sendo 20 enfermeiros das unidades de internação do HU que tenham assistido pacientes com doenças crônicas, que participarão da etapa qualitativa, e 180 pacientes com condições crônicas hospitalizados no Hospital Universitário com doenças crônicas (ou seus familiares cuidadores nos casos de crianças ou pacientes que não estejam aptos a responder a pesquisa) que tenham sido hospitalizadas no HU, sendo estes participantes da etapa quantitativa. Os participantes da etapa qualitativa realizarão uma entrevista semi-estruturada, enquanto que os voluntários da etapa qualitativa serão convidados a participar ainda durante a internação, quando serão aplicados os instrumentos i) Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), ii) Instrumento de Classificação de Pacientes Pediátricos (em caso de crianças) e iii) ficha de caracterização do paciente; iv) o instrumento CTM será aplicado posteriormente via telefone.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.063.726

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como acontece a continuidade do cuidado e transição do cuidado de pacientes com condições crônicas na Rede de Atenção à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi citado no PB apresentado:

DESCONFORTOS E RISCOS: Possíveis desconfortos psicológicos, alterações emocionais e estresse, por envolver uma pesquisa que desenvolverá a coleta de dados por meio de perguntas pessoais.

BENEFÍCIOS: Os benefícios desta pesquisa configuram-se em ampliar o conhecimento científico na área de estudo e contribuir na construção de melhores práticas e relações no cuidado em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que todas as pendências indicadas na primeira versão desta solicitação foram devidamente atendidas e justificadas, não há nenhuma inadequação no presente processo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1248289.pdf	27/11/2018 08:58:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento.docx	27/11/2018 08:55:32	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_quantitativo.docx	27/11/2018 08:55:25	caroline cechinel	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.063.726

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_quantificacao.docx	27/11/2018 08:55:17	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_qualificacao.docx	27/11/2018 08:55:04	caroline cechinel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/11/2018 08:54:43	caroline cechinel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HU.pdf	08/11/2018 22:37:30	caroline cechinel	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	07/11/2018 09:00:34	caroline cechinel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONTINUIDADE E TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: José Luís Guedes dos Santos

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02730018.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.400.796

Apresentação do Projeto:

Projeto aprovado pelo parecer 3.063.726, de 06/12/2018.

A presente emenda tem como objetivo solicitar a inclusão de um novo campo de coleta de dados para a pesquisa supracitada. Em função da baixa demanda de pacientes internados na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago, após quase três meses de coleta de dados identificou-se a necessidade de um novo cenário de estudo para alcançar o número amostral previamente calculado. Solicita-se a inclusão do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) tendo em vista que se trata também de uma instituição pública, vinculada ao SUS, e de referência do atendimento à população infantil. Importante mencionar que já foi realizado contato prévio com o Comitê de Ética em Pesquisa do HIJG e a fim de obter autorização institucional. Para atender às orientações quanto à estrutura do projeto para o desenvolvimento de pesquisas nesse novo cenário foi submetida uma segunda versão do projeto focado na população pediátrica. Porém, todos os demais aspectos metodológicos mantêm-se os mesmos.

Objetivo da Pesquisa:

V. parecer 3.063.726, de 06/12/2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

V. parecer 3.063.726, de 06/12/2018.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.400.796

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

V. parecer 3.063.726, de 06/12/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Declaração do HU assinada pela gerente de pesquisa e ensino, datada de 10/05/2019.

Parecer da gerência de ensino e pesquisa do HU, tomando ciência da emenda e aprovando-a.

Cronograma informando que a coleta de dados se estenderá até 20/12/2019.

Anexos (5) com documentos solicitados ou emitidos pelo HIJG, entre eles (Anexo 3) a autorização para realização da pesquisa e da gerência de enfermagem, corroborada por declaração da direção do HIJG (Declaracao_de_concordancia_da_instituicao_coparticipante.pdf).

Novos TCLEs para profissionais e responsáveis legais e TALE, incluindo informações sobre o CEP do HIJG.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1343560_E1.pdf	30/05/2019 16:51:16		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HIJG_quantif_responsaveis_legais.docx	30/05/2019 16:49:18	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HIJG_quali_responsaveis_legais.docx	30/05/2019 16:49:00	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HIJG_quali_profissionais.docx	30/05/2019 16:48:32	caroline cechinel	Aceito
Outros	parecer_hu.docx	10/05/2019 21:04:16	caroline cechinel	Aceito
Outros	declaracao_ciencia_hu.pdf	10/05/2019 21:03:22	caroline cechinel	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.400.796

Outros	Projeto_versao_HIJG.docx	10/05/2019 21:02:39	caroline cechinel	Aceito
Outros	Anexo_5.pdf	30/04/2019 17:38:42	caroline cechinel	Aceito
Outros	Anexo_4.pdf	30/04/2019 17:38:33	caroline cechinel	Aceito
Outros	Anexo_3.pdf	30/04/2019 17:38:24	caroline cechinel	Aceito
Outros	Anexo_2.pdf	30/04/2019 17:38:12	caroline cechinel	Aceito
Outros	anexo_1.pdf	30/04/2019 17:38:00	caroline cechinel	Aceito
Outros	Declaracao_de_concordancia_da_instituicao_coparticipante.pdf	30/04/2019 17:37:40	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Assentimento_HIJG.docx	30/04/2019 17:23:13	caroline cechinel	Aceito
Outros	Emenda_CEP.doc	30/04/2019 17:22:55	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_assentimento.docx	27/11/2018 08:55:32	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_quanti_pais.docx	27/11/2018 08:55:25	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_quanti.docx	27/11/2018 08:55:17	caroline cechinel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_etapa_quali.docx	27/11/2018 08:55:04	caroline cechinel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	27/11/2018 08:54:43	caroline cechinel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_HU.pdf	08/11/2018 22:37:30	caroline cechinel	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	07/11/2018 09:00:34	caroline cechinel	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.400.796

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 19 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br