

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

RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO
HOSPITALAR E ATENÇÃO BÁSICA NO PÓS ALTA DA CRIANÇA
– SUBSÍDIOS PARA A INTEGRALIDADE**

**FLORIANÓPOLIS
2009**

RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO
HOSPITALAR E ATENÇÃO BÁSICA NO PÓS ALTA DA CRIANÇA
– SUBSÍDIOS PARA A INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde.

Orientadora: Dra. Flávia Regina de Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S586t Silva, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da
O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção
hospitalar e atenção básica no pós alta da criança
[dissertação] : subsídios para a integralidade / Raquel
Vicentina Gomes de Oliveira da Silva ; orientadora,
Flávia Regina Souza Ramos. - Florianópolis, SC, 2009.
165 f.: grafs.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Assistência integral a saúde. 3.
Trabalho. I. Ramos, Flávia Regina Souza. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

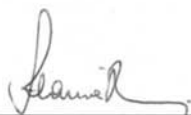
RAQUEL VICENTINA GOMES DE OLIVEIRA DA SILVA

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO
HOSPITALAR E ATENÇÃO BÁSICA NO PÓS ALTA DA CRIANÇA
- SUBSÍDIOS PARA A INTEGRALIDADE**

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

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 08 de setembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

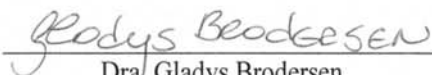


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

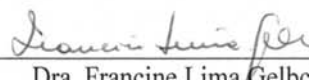
Banca Examinadora:



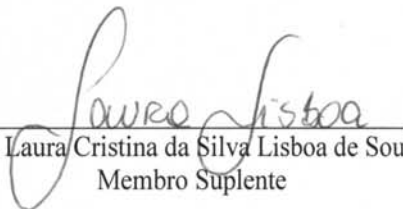
Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Presidente



Dra. Gladys Brodersen
Membro



Dra. Francine Lima Gelbeke
Membro



Dra. Laura Cristina da Silva Lisboa de Souza
Membro Suplente



Dra. Jussara Gue Martini
Membro Suplente

Nós, os novos, os sem-nomes, os difíceis de entender, nós, os nascidos cedo de um futuro ainda indemonstrado – nós precisamos, para um novo fim, também de um novo meio, ou seja, de uma nova saúde, de uma saúde mais forte, mais engenhosa, mais tenaz (...) mais alegre, do que todas as saúdes que houve até agora. (...) Da Grande Saúde – de uma saúde tal, que não somente se tem, mais que também constantemente se conquista ainda, e se tem de conquistar...

Nietzsche

AGRADECIMENTOS

A DEUS, minha fortaleza e meu refúgio, por estar sempre presente em minha vida.

À minha família, por acreditarem em mim em todos os momentos. Em especial a minha mãe pelo esforço para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao meu amigo, companheiro, esposo Sidnei e minhas queridas filhas Bruna e Amanda, pelo constante apoio, incentivo e compreensão por minha ausência. Obrigada.

À Dra. Flávia Regina Souza Ramos minha amiga e minha orientadora, por me estimular a seguir em frente. Foi mais que uma orientadora. Obrigada por me conduzir nesta caminhada e acreditar em minhas potencialidades.

Um agradecimento especial à Dra Eliane Matos que me socorreu no início da caminhada, encorajando-me nesta trajetória.

À Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Gladys Brodersen, Dra. Laura Silva e Dda. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, pelas contribuições, sugestões e disponibilidade na leitura deste estudo: Obrigada

Ao Grupo PRAXIS pelo acolhimento e contribuições

Aos meus colegas da Unidade de Internação Pediátrica e ESF, que se mostraram disponíveis no período da coleta das informações.

Ao Programa de Pós-Graduação, professores e funcionários pelo apoio nesta caminhada.

Em especial à funcionária da Pós-Graduação - Claudia, pela atenção e disposição em ajudar...

Aos colegas desta turma de mestrado pelos momentos de estudos e aprendizado compartilhados, em especial a Gabriela e Ariane.

Às minhas amigas de plantão pelo carinho e incentivo.

A todos que não foram citados aqui, mas que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira. **O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança** - subsídios para a integralidade. 2009. 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientador: Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a articulação do trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança/família, considerando a contribuição desta articulação para a integralidade do cuidado. Para aprofundamento do referencial foi desenvolvida uma revisão integrativa acerca da Integralidade do Cuidado. O estudo empírico delineou-se como uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada utilizando entrevistas semi-estruturadas com 07 enfermeiros da atenção hospitalar/Unidade de Internação Pediátrica e 06 enfermeiros da atenção básica/Estratégia de Saúde da Família. A análise e interpretação dos dados foram realizadas sob a ótica do Processo de Trabalho de Enfermagem e Integralidade do Cuidado, com o apoio de uma versão do programa software de análise qualitativa ATLAS.ti. No resultado ficou constatado uma lacuna no processo de trabalho de enfermagem no pós alta hospitalar da criança/família, por praticamente não existir a articulação da atenção hospitalar e básica. O agir integral de cada enfermeiro nem sempre consegue ultrapassar seu espaço de trabalho. Como principal limite evidenciou-se a ausência de comunicação/protocolo entre as duas esferas e como potencialidade a alta cobertura de equipes de ESF e o perfil do enfermeiro. Conclui-se, na perspectiva da integralidade, a necessidade de um repensar dos profissionais envolvidos nesta prática, a fim de modificar o atual cenário. Os próprios profissionais envolvidos reconhecem que existem limitações em sua atuação nesta articulação, que remetem à necessidade de reorganização do trabalho.

Palavras-chave: assistência integral a saúde, enfermagem, trabalho.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira. **The work of a nurse in the articulation between hospital attention and basic attention in post discharge of a child** - subsidies to intergration. 2009. 165 p. Dissertation (Máster in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

ABSTRACT

This study has as objective to analyze the articulation of the work of a nurse of in the unit of the admission of a Pediatric Hospital and the Basic attention/ESF in the post discharge of the child/family from the hospital, considering the contribution of this articulation to the integration of care. To deepening of the references a revision of integrative was developed surrounded by the integration of care. The empirical study is outlined as a descriptive-exploratory study, with qualitative approach. The collection of data was realized through semi-structured interviews with 07 nurses of the pediatric admission unit/hospital and 06 nurses of the basic/strategy attention of the family health. The analysis and the interpretation of data were realized under the optics of the work process of the nurse and the integration of care, with the support of a version of a software program of qualitative analysis ATLAS. ti. From the result a lacuna in the work process of the nurse in the post discharge of the child/family from the hospital, was practically in- existence in the basic and articulation of hospital attention. The mode of reaction of each nurse can not always overcome their space of work. The principal limits shows the absence of communication/protocol between the two parts and as a potential of a high protection of the teams of ESF and the profile of the nurse. It is concluded, in the perspective of integration, the necessity of a re-thinking of the professionals involved in this practice, in order to modify the actual scenario. The proper professionals involved admits that limitations exists in their actuation in this articulation, which refer the necessity of work re-organization.

Keywords: Comprehensive Health Care, nursing, work.

SILVA, Raquel Vicentina Gomes de Oliveira. **La labor de la enfermería en la articulación de la atención hospitalaria con la atención básica en el post-alta del niño** - Contribuciones para la integralidad. 2009. 165 p. Dissertación (Máster in Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la articulación de la labor de los enfermeros en una unidad de internación pediátrica de un hospital con la Atención Básica/ESF, en lo que se refiere al post-alta del niño y su familia, considerando la contribución de esa articulación para la integralidad del cuidado. Para el examen del referencial teórico se desarrolló una revisión integradora acerca de la Integralidad del Cuidado. El estudio empírico se realizó a través de una investigación descriptiva y exploratoria con abordaje cualitativo. La recolección de los datos fue hecha utilizando entrevistas semiestructuradas con 7 enfermeros de la atención hospitalaria/Unidad de Internación Pediátrica y con 6 enfermeros de la atención básica/Estrategia de Salud Familiar. El análisis cualitativo y la interpretación de los datos se realizaron desde la óptica del proceso laboral de la enfermería y de la Integralidad del Cuidado, con el apoyo de una versión del programa *software* ATLAS. El resultado mostró un vacío en el proceso laboral de la enfermería, en lo que se refiere al post-alta del niño y su familia, ya que prácticamente no existe la articulación entre la atención hospitalaria y la básica. La labor integral de cada enfermero ni siempre consigue ultrapasar su espacio de trabajo. La principal limitación encontrada fue la falta de comunicación/protocolo entre los dos sectores, y la mayor potencialidad, la alta cobertura de los equipos de ESF y el perfil de los enfermeros. Se concluye que, desde la perspectiva de la integralidad, se hace necesario un replanteamiento por parte de los profesionales que intervienen en esta práctica con el fin de modificar el escenario actual. Incluso los profesionales involucrados reconocen que hay limitaciones en sus actividades en esa articulación, las cuales se refieren a la necesidad de reorganizar su trabajo.

Palabras clave: Atención Integral de Salud, enfermería, trabajo.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Criança Adolescente

DCN – Diretrizes Curriculares Nacional

DA - Direção Administrativa

DAA – Direção Apoio Assistencial

DE – Direção de Enfermagem

DG – Direção Geral

DM – Direção Medicina

ESF – Estratégia Saúde da Família

HU – Hospital Universitário

LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

PAISC - Programa de Atenção à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PEN – Programa Pós Graduação em Enfermagem

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UIP – Unidade de Internação Pediátrica

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	15
1.2 OBJETIVO GERAL.....	16
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA TRAJETÓRIA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE	17
2.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE	25
2.2.1 Integralidade: Sentidos e significados	25
2.2.2 Integralidade: Eixo Integrador entre Serviços de Saúde.....	30
2.2.3 Integralidade: Formação profissional	33
2.2.4 Integralidade: Trabalho em Equipe	35
3 REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 INTEGRALIDADE: UM DOS PRINCÍPIOS DO SUS	38
3.1.1 A Integralidade do Cuidado: Eixo Atenção Primária.....	38
3.1.2 A Integralidade do Cuidado: Eixo Hospitalar	40
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	42
3.3 PRESSUPOSTOS.....	45
4 METODOLOGIA.....	47
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	47
4.2 O LOCAL DE ESTUDO	48
4.2.1 Hospital Universitário: Unidade de Internação Pediátrica (UIP).....	48
4.2.2 Unidade Local Saúde - Florianópolis.....	49
4.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
4.4 COLETA DE DADOS	51
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	52
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 CATEGORIA 1 - CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ENTRE O SABER E O AGIR	55
5.1.1 Caracterizando os Participantes do Estudo	55
5.1.2 Concepções de integralidade do cuidado: entre o saber e o agir	57
5.2 ARTIGO 1 - INTEGRALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA	64
5.3 ARTIGO 2 - PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ALTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E BÁSICA	85
5.4 ARTIGO 3 - PRÁTICA INTEGRAL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA: LIMITES E POTENCIALIDADES	102
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICES	133
ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

Nenhum vento sopra a favor de quem não sabe para aonde ir.

(Sêneca)

No decorrer de minha vida profissional venho desenvolvendo atividades como enfermeira assistencial inicialmente em algumas Equipes de Estratégia de Saúde da Família e depois na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Em 2005 conclui minha especialização em Saúde da Família.

Neste período vivido a partir de minha prática assistencial nesta Unidade de Internação Pediátrica (UIP-HU-UFSC), chamou-me a atenção o fato de que algumas crianças/famílias reinternam com certa frequência na Unidade de Internação Pediátrica, sendo a causa desta, muitas vezes, evitável.

A criança é um ser especial, por quanto se encontra em crescimento e desenvolvimento nos aspectos biológico, cognitivo e afetivo, adquirindo habilidades e construindo sua personalidade e comportamentos adaptativos constantes. Neste trajeto são fundamentais as condições do meio, a proteção e o afeto da família, para que ela possa desenvolver seu potencial. Esse processo de desenvolvimento global da criança pode tornar-se limitado frente a uma doença e a ameaça de hospitalização.

Com a hospitalização ocorre a interrupção da vivência com os familiares, mudança de rotinas e os procedimentos realizados pela Enfermagem causam na maioria das vezes danos físicos, emocionais e cognitivos aos envolvidos nesse processo, provocando estresse na vida da criança/adolescente e em sua família. A hospitalização é traumática para a criança e “causa um estado de insegurança e ameaça psíquica” (LAURENT; DIAS, 2006, p. 37).

Entende-se que a hospitalização é um processo difícil para qualquer pessoa, principalmente para a criança/família. Ela é reconhecida como fator estressante a estes, deste modo a equipe de enfermagem procura assisti-los de forma singular.

Whaley e Wong (1989, p. 543), afirmam que:

A doença e a hospitalização constituem uma crise importante na vida das crianças. Elas são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização porque (1) representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina ambiental, e (2) as crianças possuem um número limitado de mecanismos para enfrentar e superar experiências estressantes.

Na prática diária observa-se que a interrupção da vivência com os familiares, mudança de rotinas e os procedimentos realizados pela enfermagem, causam na maioria das vezes danos emocionais e mesmo físico aos envolvidos nesse processo. Assim como o estresse da internação, as incertezas do tratamento entre outros, são prejuízos da hospitalização que a criança leva consigo após a alta hospitalar, neste sentido é realizado uma assistência humanizada na tentativa de minimizar os malefícios desta.

Durante a internação hospitalar a criança é assistida por uma equipe multidisciplinar, dentre estes o enfermeiro ocupa uma posição estratégica junto aos demais profissionais da equipe e pode assumir a coordenação da alta, por estar mais próximo à criança/família e na maioria das vezes possuir uma visão mais ampla das necessidades da criança (MADEIRA, 1989).

Para Marra apud Madeira (1989), alta é a condição que permite a saída do paciente do Hospital. Engloba todas as maneiras pelas quais os pacientes podem deixar o hospital. A alta não representa a recuperação completa de sua saúde, mas sim o local da recuperação que passará a ser realizada no domicílio.

A alta da criança hospitalizada é vista como um processo, pois se consolida no momento final da internação hospitalar e continua no período pós hospitalar (ISSI et al., 2007).

Após a alta hospitalar a criança gradativamente retorna a sua rotina, ambiente familiar, contatos com seus pais, irmãos, amiguinhos, bichos de estimação, seu lar. Neste momento é necessário que ocorra a continuidade da assistência, quando a criança/família necessita de suporte da atenção básica para uma melhor recuperação. Apoiar este processo da alta hospitalar corresponde a uma das dimensões da assistência daqueles que se preocupam em cuidar dessas crianças, seja dos trabalhadores do hospital ou da equipe de Estratégia Saúde da Família da respectiva área de abrangência. É atribuição do enfermeiro se envolver na alta hospitalar da criança e promover a continuidade da assistência do hospital ao domicílio, uma assistência integrada e comprometida com a saúde da criança. No entanto, esse processo para ser positivo necessita de integração entre estes dois níveis de atenção: atenção hospitalar e atenção básica.

Segundo Juliani e Ciampone (1999), na década de 80 já havia estudos que referiam problemas na organização do Sistema de Referência e Contra-referência, dentre eles a comunicação dos diferentes níveis de atenção à saúde. A organização precária deste sistema, não garante a continuidade da assistência, gerando também aumento dos custos. Este sim deveria garantir o acesso e a continuidade do atendimento conforme a lógica da complexidade

e integralidade da assistência.

Com a promulgação das leis 8080/90 e 8142/90 um novo modelo de atenção à saúde passa a ser assumido oficialmente pelo Ministério da Saúde, especialmente com a implantação do Programa / Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 e 1996 respectivamente. Esta se fundamenta nos princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, entre outros (SOUZA, 2000).

A ESF procura incorporar e reafirmar os princípios básicos do SUS – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade e passa a ser a estratégia prioritária da política do Ministério da Saúde. A estratégia preconizada pelo programa:

(...) visa a reversão do modelo assistencial vigente, sendo alcançados seus objetivos da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997, p. 10).

(...) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006, p.07)

Este vem contrapor-se à prática de saúde tradicional calcada no modelo hegemônico de atenção à saúde que é o modelo biomédico, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de co-responsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Sugere-se que o profissional tenha um perfil e qualificação diferenciada, pois o ponto forte da assistência seria a inter-relação equipe/comunidade/família, e não os procedimentos técnicos. Cada profissional é chamado a desempenhar sua profissão em um processo de trabalho coletivo (FRANCO; MERHY, 2006).

No novo modelo, a família é percebida a partir de seu ambiente físico e social, como o principal objeto de atenção. A participação comunitária é a nova estratégia que possibilita a “(...) integração, favorece a organização das atividades em um território definido tendo como propósito estimular enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997, p. 08).

Entretanto, hoje o que se percebe em algumas equipes de ESF que, com suas diversas atividades diárias, não se consegue identificar a totalidade dos problemas, estando entre eles a hospitalização e alta hospitalar de crianças/família de sua área de abrangência.

Apesar de ainda serem necessárias maiores avaliações, com este novo modelo de

atenção a saúde, já são apontados resultados ou impactos que, inclusive, expressam uma diminuição no número de internações hospitalares, porém ainda assim percebe-se que é elevado o número de crianças hospitalizadas por diferentes motivos. Um dos motivos percebidos na prática seria a própria não identificação da hospitalização e alta hospitalar de crianças/famílias por parte de algumas equipes da ESF, pela falta da contra-referência.

Alguns estudos relacionados à ESF trazem avaliações positivas sobre esta Estratégia e outros ressaltam seus problemas (ROCHA et al., 2008). Em sua discussão, Franco e Merhy (2006, p.122) indicam que a ESF precisa ser reciclada para incorporar “potência transformadora”. Colocam que a maneira como a ESF está estruturada, não é um efetivo dispositivo de mudança.

Para Juliani e Ciampone (1999), o enfermeiro profissional que gerencia a Unidade Básica e encaminha os clientes, avalia como precário o funcionamento do sistema de referência e contra-referência. A organização dos serviços denota falta de comunicação entre os diversos níveis de atenção.

A existência não efetiva de um sistema de referência e contra-referência dificulta o processo de articulação entre a unidade hospitalar e a equipe de Estratégia Saúde da Família, bem como a integralidade do cuidado.

Diante da prática, minha trajetória profissional também permitiu um olhar atento às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como profissional integrante de equipe da ESF percebia que na maioria das vezes era desconhecido por parte dos profissionais o processo de internação/alta hospitalar das crianças/famílias e algumas vezes só era identificado após meses do ocorrido, onde os próprios pais traziam alguma informação à Unidade Local de Saúde. Esta falta de informação e as limitações organizacionais do processo de trabalho favorecem uma ruptura na assistência prestada. É visível que a contra-referência praticamente inexistente.

Se analisarmos pela ótica da realidade vivida na prática, nos deparamos também com a falta de comunicação entre profissionais dos diferentes níveis de atenção, com uma contra-referência falha. Isto reforça a problemática da articulação entre Unidade Hospitalar e Atenção Básica e mostra um grau precário na organização do Sistema de Saúde, frente à alta da criança/família hospitalizada.

Enquanto profissional responsável pela assistência à criança hospitalizada, esta situação gera preocupação e dela se derivam alguns questionamentos:

Estaria este vazio na assistência contribuindo para as reinternações? Até que ponto as limitações organizacionais do processo de trabalho de enfermagem interferem na

integralidade do cuidado à criança? Como seria se houvesse a participação mais efetiva dos trabalhadores de Enfermagem, em especial do Enfermeiro, neste processo de pós alta hospitalar? Que avanços alcançaríamos? Teríamos uma maior eficácia na promoção à saúde se acionássemos o apoio e definíssemos responsabilidades dos trabalhadores de enfermagem, tanto no nível hospitalar quanto das diferentes equipes de ESF de referência? Isto ampliaria as possibilidades de um cuidado mais integral? Que dificuldades e obstáculos encontraríamos nesta reorganização do trabalho? Quais seriam efetivamente as contribuições de um acompanhamento integral pós alta hospitalar, frente às reinternações e a promoção da saúde?

Impulsionada por estes questionamentos, surgiu um desejo de buscar meios para desenvolver este trabalho em saúde que pudesse encontrar resposta a este vazio e encontrar a real prática do enfermeiro frente às necessidades da criança/família no processo da alta hospitalar e seu seguimento, na perspectiva da integralidade da assistência.

Percebendo a importância da assistência da equipe de enfermagem, por sua presença continuada junto à criança/família hospitalizada, é que ressalto quanto o seguimento pós alta hospitalar deve também estar inserido como parte do cuidado, como um elemento que favorece a integralidade da assistência e promove a saúde.

Assim, o fortalecimento desta prática no âmbito do cuidado de enfermagem à criança mostra-se justificável, uma vez que o discurso e a prática baseado no seguimento da alta hospitalar é pouco efetiva no cotidiano do trabalho. Propor o seguimento pós alta hospitalar - como parte da assistência de enfermagem e encontrar formas organizacionais de trabalho que envolvam os profissionais de enfermagem neste se justifica na superação de um vazio no recorte da prática assistencial.

Com base nisto, o propósito maior desta pesquisa foi contribuir para a reflexão dos enfermeiros acerca das potencialidades e limites da assistência de Enfermagem no processo de alta da criança hospitalizada, com vistas a potencializar mudanças nesta realidade de saúde.

Possivelmente se preenchermos esta lacuna, com uma reflexão junto à enfermagem neste processo, conscientizá-la para a problemática, contribuiremos para mudar o atual cenário. Confrontar os resultados encontrados enriquecerá o processo de trabalho.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Com esta pesquisa pretendo responder a seguinte questão norteadora: Como ocorre a

articulação do trabalho dos enfermeiros de uma unidade de internação pediátrica e a atenção básica no pós alta hospitalar da criança/família, a partir da perspectiva da integralidade do cuidado?

1.2 OBJETIVO GERAL

Para nortear a busca desta resposta, aponto o seguinte objetivo geral:

- Analisar a articulação do trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança/família, considerando a contribuição desta articulação para a integralidade do cuidado.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a atuação do enfermeiro na alta e pós alta da criança hospitalizada, a partir das manifestações destes trabalhadores, atuantes na Atenção Hospitalar e Básica/ESF;
- Identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado na articulação Atenção Hospitalar e Básica/ESF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo foi efetuada nas bases de dados BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em ciências da Saúde) – Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os seguintes descritores: enfermagem, assistência integral à saúde, sistemas de saúde, para à partir de um primeiro levantamento, selecionar as referências que abordam ou fazem interface com o objeto de estudo. Além disso, para aprofundar o conceito e a prática de integralidade, recorreu-se a materiais publicados pelos pesquisadores do LAPPIS (Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde). A base de dados da Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina também foi utilizada neste levantamento bibliográfico, sendo efetuada uma pesquisa não sistemática em teses e dissertações do Centro de Ciências da Saúde, artigos de revistas científicas, periódicos e livros.

A revisão de literatura abordou dois pontos: um primeiro referente à trajetória do Sistema Único de Saúde e a evolução da Estratégia Saúde da Família em busca da construção da integralidade e um segundo referente a Integralidade em Saúde.

2.1 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – UMA TRAJETÓRIA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE

O Sistema Único de Saúde (SUS) “é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. É considerado um sistema complexo, pois tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

O SUS é resultado de um longo processo histórico. A trajetória histórica do sistema de saúde no Brasil está ligada às transformações políticas, sócio-culturais e econômicas da sociedade brasileira de cada época. O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, com origem no movimento sanitário, movimento este que mobilizou a sociedade brasileira e propôs novas políticas e modelos de organização do sistema, serviços e práticas de saúde.

A Reforma Sanitária, segundo Brasil (2000), é um coletivo de propostas que tem por

objetivo mudanças nos aspectos que determinam o estado de saúde e qualidade de vida dos cidadãos.

Este movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, a primeira com participação da sociedade organizada, envolvendo desde a presença de movimentos sociais, associação de portadores de patologias e profissionais de saúde. Como eixo de proposta tinha: a instituição da saúde como direito de cidadania e dever do estado; a compreensão da determinação social do processo saúde e enfermidade, através do conceito ampliado de saúde; e a reorganização do sistema de atenção com a criação do Sistema Único de Saúde.

Esta Conferência teve como desdobramento a aprovação de um projeto de reforma sanitária que serviu de referência para a elaboração da Constituição de 1988, na qual se consolida a idéia de um Sistema Único de Saúde.

Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, fica definido um conceito ampliado de saúde:

Em um sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habilitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

Os fundamentos legais do SUS estão explicitados na Constituição Federal (1988) e regulamentados pelas Leis Federais 8.080 e 8.142, sancionadas em 1990.

Com a promulgação da Constituição Federal (1988), o Brasil ficou definido como Estado Democrático de Direito, onde determina que “saúde é direito de cada cidadão e é dever do Estado”, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e a recuperação da saúde da população (...) (BRASIL, 1990, art. 196). Pela primeira vez numa constituição brasileira apareciam artigos que diziam respeito à saúde (196 ao 200). Entretanto, para que os artigos da Constituição entrassem em vigor, eram necessárias leis orgânicas, que somente foram aprovadas em 1990.

Assim, a implementação e implantação do SUS iniciou-se na década de 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde, composta das Leis Complementares nº 8.080/90, que regula a descentralização político administrativa do SUS e nº 8.142/90 que regula a participação da comunidade e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde teve como tema “Saúde:

Municipalização é o caminho”, sendo que, nesta fica definido que, juntamente com as leis orgânicas, fazia-se necessário definir Normas Operacionais Básicas (NOB) para que o SUS funcionasse.

Segundo Brasil (1990), o SUS é determinado como uma nova formulação política organizacional para redimensionamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição do Brasil. É considerado um sistema único porque segue a mesma doutrina e princípios em todo o Território Nacional, sob a responsabilidade das três esferas do Governo: Federal, Estadual e Municipal.

Conforme a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, a construção do SUS é norteada pelos seguintes Princípios doutrinários: Universalidade, Igualdade, Integralidade, e pelos princípios organizativos: Hierarquização, Regionalização, Resolutividade. Descentralização, Complementaridade do setor privado e Participação dos cidadãos.

- **Universalidade** – garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele público ou contratado pelo Poder Público.

- **Igualdade de assistência à saúde** – garantia de acesso de qualquer pessoa em igualdade de condições aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira. Assim a garantia de que as ações coletivas serão dirigidas por prioridades amplas e publicamente reconhecidas.

- **Integralidade** – refere-se tanto ao homem quanto ao sistema de saúde, reconhecendo-se que cada qual se constitui numa totalidade. Assim cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade; as ações de saúde se constituem em um todo, não podendo ser compartimentalizadas; as unidades constitutivas do sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral.

- **Hierarquização** – a divisão dos serviços devem ser organizadas em três níveis de complexidade: atenção primária, secundária e terciária. Sendo esta organização em níveis de complexidade crescente, no nível ambulatorial e hospitalar.

- **Regionalização**- é a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a população. Os serviços devem ser dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser entendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

- **Resolutividade** – é a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

- **Descentralização** – é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto, com isso reforçando também o poder Municipal sobre a saúde, que é o que se chama municipalização da saúde.

- **Complementariedade do setor privado** – a Constituição define que quando for necessário é possível contratar serviços privados, por

insuficiência do setor público.

- **Participação dos cidadãos** – é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. (BRASIL, 1990)

Para Vasconcelos e Pasche (2006), as diretrizes organizativas mais significativas são a descentralização, a regionalização e hierarquização dos serviços, e a participação comunitária, sendo que estas procuram imprimir racionalidade ao funcionamento do sistema. Acrescentam também a estas, a integração das ações e recursos.

A descentralização com um comando único, em cada esfera do governo, mostra a necessidade de superar a desarticulação entre os serviços e construção de coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político institucional (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

O principal acesso da população à rede deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção, sendo que os demais níveis de atenção devem ser referenciados. Com isso uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento dos problemas de saúde da população (BRASIL, 1990).

Cecílio (1997), em uma discussão sobre modelos tecno-assistenciais em saúde, coloca vantagens e desvantagens de se pensar o sistema de saúde como a figura de uma pirâmide, modelo este utilizado para representar o modelo tecno-assistencial construído com a implantação do SUS. Na sua base estariam as unidades de saúde, responsáveis pelo atendimento das famílias em uma determinada área de abrangência. Na parte intermediária da pirâmide estariam os serviços de atenção secundária (serviços ambulatoriais, com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de urgência e emergência de hospitais gerais). E no topo estariam os serviços hospitalares de maior complexidade. Com a pirâmide deveria haver um fluxo ordenado, realizado através dos mecanismos de referência e contra-referência e as necessidades de assistência das pessoas seriam atendidas nos espaços tecnológicos adequados. Com este modelo seria garantida maior eficiência na utilização dos recursos e a universalização do acesso e da equidade. Para Brasil (1990), este modelo tem a atenção primária com porta de entrada e acesso aos outros níveis de atenção.

Entretanto, o autor reconhece que, na prática existe uma distorção neste modelo, onde os hospitais, com seus serviços de urgência/emergência e de seus ambulatórios, acabam sendo a “porta principal de entrada”. Defende a mudança deste modelo tecno-assistencial, da

pirâmide ao círculo, como uma proposta a ser explorada. O centro de saúde seria uma das portas de entrada do sistema de saúde, e não mais “a porta” (CECÍLIO, 1997, p. 476).

Outros autores fazem críticas aos modelos hierarquizados, apontando a necessidade de superar, a pirâmide, por modelos mais flexíveis com várias portas de entrada e fluxos “reversos” entre os diversos serviços (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 536). A hierarquização é a forma de organização dos serviços que viabiliza os princípios da universalidade, equidade e de integralidade. Para Mendes (1995), a hierarquização é dividida em dois sub-princípios, sendo um deles o de referência e contra-referência.

Para Brasil (2002, p. 110):

Um sistema integrado pressupõe oferta organizada de assistência integral (prevenção, curativa, recuperação), garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre os diversos níveis de complexidade do setor ambulatorial (baixa, média e alta) e com o setor hospitalar, com fluxos e percurso definidos.

Para Witt apud Juliani e Ciamponi (1999), o Sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre os níveis primário, secundário e terciário, sendo que a referência é o trânsito do nível menor para o de maior complexidade e contra-referência o trânsito do nível maior para o de menor complexidade.

Alguns estudos realizados em dez municípios brasileiros pelo Ministério da Saúde, revelam que na sua maioria, a realização insuficiente da contra-referência é uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do sistema (BRASIL, 2002; ROCHA et al, 2008).

Vários relatos apontam as dificuldades encontradas no estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência (ROCHA et al., 2008).

Segundo registros do LAPPIS, para estabelecer um sistema de referência e contra-referência funcionante, é necessário mais que um fluxo e contra-fluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecno-científicas, mas reconhecer que neste sistema deverão ser difundidos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento no sistema local de saúde.

O SUS é um processo e segue em construção desde a VIII Conferência Nacional de Saúde. É uma conquista de responsabilidade tanto do governo como da sociedade através de suas políticas econômicas e sociais. Na prática está sendo implantado de forma gradual, e necessita de políticas gerais de governo, estruturação e organização do setor saúde, para continuar produzindo efeitos positivos sobre a saúde das pessoas e da coletividade.

Nessa perspectiva, procurou-se enfrentar as inúmeras dificuldades na operaciona-

lização dos princípios do SUS, dentre eles a integralidade da assistência em saúde, dada principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemplasse a incorporação das responsabilidades do setor saúde, englobadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

Através de reformas administrativas, o setor saúde tem se destacado com propostas de mudanças, procurando delinear um novo modelo, oferecendo serviços, propondo ações, modificando instrumentos gerenciais e forçando novos modelos de gerenciamento.

Em 1994, após conquistas constitucionais, foi concebido pelo Ministério da Saúde o Programa Saúde da Família (PSF), um programa público que elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Surge uma estratégia que visa a reversão do modelo assistencial vigente. A família passa a ser objeto da atenção e é percebida no ambiente onde vive (BRASIL, 1997).

De acordo com Franco e Merhy (2006), como principal resposta à crise do modelo assistencial, os órgãos governamentais oferecem a Estratégia Saúde da Família.

Conforme Franco e Merhy (2006, p. 56), o PSF tem por objetivo:

(...) A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social (...)

O Programa Saúde da Família por não ser uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, propiciando o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Assim, é reconhecida como uma Estratégia Saúde da Família (ESF).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM/MS 648, de 28 de março de 2006: “A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS” (BRASIL, 2006, p.19).

Ainda conforme esta Política Nacional de Atenção Básica, além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV- buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006, p. 19).

Esta estratégia atua de maneira inter e multidisciplinar com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. Trabalha com a definição de uma área de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. A fim de planejar e organizar adequadamente as ações de saúde, a equipe deve cadastrar as famílias de suas respectivas áreas e realizar um levantamento de indicadores epidemiológicos e sócio-econômicos.

Os profissionais da ESF devem possuir um perfil e qualificação diferenciada, pois o ponto forte da assistência seria a inter-relação equipe/comunidade/família e não os procedimentos técnicos. Somente a implantação da ESF não significa mudança do modelo assistencial, faz-se necessário uma mudança na forma de produzir o cuidado em saúde por parte dos profissionais.

O número de profissionais deve ser definido conforme os seguintes princípios (BRASIL, 1997 p.13):

- capacidade instalada da unidade;
- quantitativo populacional a ser assistido;
- enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- integralidade da atenção;
- possibilidades locais (BRASIL, 1997, p. 13).

Dentre os profissionais que compõem a ESF está o enfermeiro, que desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, realizando assistência às pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, bem como apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitário de Saúde. Possui atribuições básicas específicas dentro da Estratégia, dentre elas as ações de assistência básica de vigilância sanitária epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança/ família.

Em relação a infra-estrutura e recursos, são itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada para o sistema local de saúde e deve assegurar a referência e contra-referência. De acordo com o princípio da integralidade, quando necessário a ESF deve indicar o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade, sendo que este deve possuir critérios bem conhecidos por toda equipe de Saúde da Família como pelas demais equipes das outras áreas do sistema de saúde. Durante todo o processo de referência e contra-referência, a responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias deve ser mantida.

Neste sentido, a efetiva implantação da Estratégia Saúde da Família, com seu processo de trabalho contribuem para que a integralidade em saúde, considerada por alguns autores como um dos princípios do SUS menos evidente na trajetória do sistema de saúde e suas práticas, consolide-se. Mesmo que não se tenha atingido os princípios do SUS em sua plenitude, a ESF está contribuindo para a operacionalização deste.

Portanto no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade, assim como os demais princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em saúde.

2.2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Com a Constituição Nacional (1988) a proposta da integralidade em saúde começa a tomar força. A Constituição afirma que as ações e os serviços de saúde, integram uma rede, devendo ser organizada segundo as diretrizes: atendimento integral, descentralização da gestão e participação popular. O texto constitucional fala de atendimento integral, com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência.

O termo integralidade pode ser considerado como um termo novo no setor saúde e é encontrado designando várias dimensões e sentidos.

Neste sentido, percorremos uma longa trajetória na literatura, para ancorar o presente estudo em uma fundamentação sólida. Acreditamos que, conhecer as várias dimensões e sentidos da integralidade abrirá caminhos para um novo agir no trabalho de enfermagem, abarcando sua organização, bem como a articulação dos sistemas. É necessário construir um saber, para fortalecer o agir.

2.2.1 Integralidade: Sentidos e significados

Para Pinheiro (2003, p. 8), o conceito de integralidade vem ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS:

(...) Uma ação global que resulta da interação democrática entre os atores do cotidiano de suas práticas, na oferta de cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2003, p. 8).

Integralidade aqui é reconhecida como uma ação global, uma totalidade na atenção à saúde, ultrapassando os limites dos níveis do sistema.

Segundo Ferreira (2005, p.483), a “qualidade de integral” significa entre outros sentidos “total, inteiro, global”. Para Teixeira (2005), ressaltar este sentido simples e geral é importante, pois é sempre em torno deste que ocorre a variação dos sentidos de integralidade no campo da Saúde.

Para outros autores, como Camargo Junior (2005, p.37), “é forçoso reconhecer que integralidade é uma palavra que não pode nem ao menos ser chamada de conceito”.

(...) um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de Promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio (CAMARGO JUNIOR, 2005, p. 37).

Camargo Junior (2005, p.40) ressalta ainda que essa “não-definição” pode ser uma das explicações de escassez bibliográfica sobre o tema. Este vê integralidade como um ideal regulador, um dever. “Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos nos aproximar”.

Mattos (2005, p.46) enfatiza “que o caráter polissêmico do termo integralidade é fértil” e não pretende dar qualquer definição unívoca para abraçar o conjunto de sentidos dado ao termo. Este identifica pelo menos três grandes conjuntos de sentidos para integralidade: usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, alguns modos de organizar os serviços de saúde e de algumas políticas de saúde. Destaca ainda que, apesar da criação do SUS ter modificado o arranjo das práticas de saúde predominante, não necessariamente transformou as práticas dos serviços, de modo a articular a prevenção e a assistência.

Segundo Pinho et al. (2006), a integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Uma melhor assistência à saúde necessita do cumprimento das diretrizes e princípios do SUS. O enfermeiro integrante de uma equipe multi-profissional deve engajar-se na concretização da integralidade na Rede Básica de Saúde.

Em seu estudo sobre as percepções dos enfermeiros acerca da integralidade da assistência realizado com enfermeiros de Unidade de Saúde da cidade de Goiânia, Pinho et al. (2006), trazem a integralidade como eixo de discussão. Deste estudo emergiram duas categorias: Integralidade: entre o conhecer e o aplicar e Integralidade: o despreparo para lidar com a subjetividade do outro.

A primeira categoria desvela o relato de enfermeiros que conhecem integralidade como “atender o paciente como um todo, de forma holística e globalizada”; outros desconhecem e/ou confundem o significado de integralidade; alguns aplicam em sua prática e outros não (PINHO et al, 2006, p. 46).

Pinho et al. (2006, p. 46-47) colocam que o cuidado é visto como “uma ação

integral, com significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser”. A ação integral pode ser entendida também como o “entre-relações” de pessoas - ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, como o tratamento digno, com respeito e qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

Na segunda categoria revela-se uma precária interação e despreparo de algumas enfermeiras para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Porém, cita também ações com “efeitos e repercussões positivas” por parte de outras enfermeiras, quando estas conseguem realizar uma prática humanizada, ou seja, um “atendimento de qualidade”, com articulação tecnológica e um bom relacionamento; e o “diálogo” e “vínculo” entre elas enquanto profissionais e os usuários (PINHO et al, 2006, p. 50).

Reconhece que a formação acadêmica com um ensino não reducionista e menos fragmentado seria fundamental para uma assistência mais integral. Além da formação acadêmica, os autores levantam como fator dificultador, a falta de qualificação dos profissionais de saúde e o desinteresse de algumas enfermeiras em manter-se atualizadas. Sugerem que a prática da integralidade deveria ser instituída nas academias, pois isto refletiria nas futuras relações dos profissionais; e nas Unidades de Saúde proporcionaria um aperfeiçoamento profissional, e conseqüentemente uma melhora na assistência. Por fim colocam que a integralidade é algo difícil de ser atingido plenamente, mas do qual buscam se aproximar (PINHO et al, 2006).

Segundo Fontoura e Mayer (2006), a integralidade seria o próprio caminho que transforma as pessoas e constrói algo melhor. Cada profissional da saúde deve buscar a construção de práticas de atenção integral à saúde no seu dia a dia, tendo em vista uma assistência qualificada, que veja o indivíduo como um todo, preservando os direitos e valores destes. Para o autor, a temática integralidade perpassa por várias concepções e sentidos, entretanto seu alicerce está na qualidade da assistência prestada ao usuário, envolvendo acolhimento, visão ampliada, entre outros.

Na perspectiva deste princípio, devemos buscar uma atenção voltada à totalidade do sujeito. O profissional deve possuir uma abordagem integral ao indivíduo e para tal deve trabalhar com conceito mais amplo de saúde em equipe e colocar as necessidades do usuário como centro do pensamento e produção do cuidado (FONTOURA; MAYER, 2006).

A integralidade é uma das diretrizes mestras da reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Portanto, deve ser ponto de reflexão o seu alcance, bem como seu limite e efetivação na prática dos serviços em saúde, levando em consideração a eficiência e eficácia

do SUS (FONTOURA; MAYER, 2006).

Foutoura e Mayer (2006) lembram que, outra proposta de mudança envolve o repensar da formação dos profissionais, hoje focado no aprendizado técnico racional e individualizado. O modelo tradicional fragmenta o indivíduo e diminui o foco na pessoa e sociedade. Somente a preocupação com a organização dos sistemas não basta, é necessária uma mudança na relação profissional de saúde e usuário.

Ainda segundo Fontoura e Mayer (2006), dentre os diversos sentidos da integralidade está o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde do usuário. Outro sentido que também se deve pensar é na prática do cuidado, do acolhimento e da humanização, como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral – alicerces da integralidade em saúde.

No estudo de Fontoura e Mayer (2006, p. 534) emergiram cinco categorias: “SUS de hoje; os princípios do SUS; a integralidade da assistência; a integralidade e sua interface no cotidiano de trabalho dos enfermeiros e o atendimento integral como prioridade nos serviços de saúde”.

Nestas, foi identificado que todos têm como concepção de integralidade a idéia de totalidade e que na maioria dos relatos, esta faz parte de suas práticas no cotidiano, seja no acolhimento, nas visitas domiciliares e ou reuniões de equipes (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 535).

Apesar do sistema de saúde ter avançado, a integralidade é um dos princípios que menos avançou e o menos visível na trajetória do sistema e suas práticas (FONTOURA; MAYER, 2006).

Conill (2004) identifica a integralidade como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos. Utiliza a integralidade e o acesso como categorias operativas ao avaliar a implantação do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, selecionando variáveis da estrutura e do processo de atenção. Detecta problemas em decorrência da deficiência de recursos humanos e na referência para serviços especializados. A autora coloca que esta deficiência pode comprometer vantagens obtidas na integralidade.

Conill (2004) argumenta que um passo importante para a integralidade seria o monitoramento de algumas das diretrizes básicas da política de saúde na prestação dos serviços, dentre elas, a integralidade da atenção.

A autora lembra que na década de 80, a integralidade fez parte da Reforma, surgindo em programas de grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da

Mulher (PAISM), Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC), sendo finalmente assumida como diretriz para a organização do SUS. Em 2002, com o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, a atenção básica é vista como sendo estratégica para a conversão do modelo de atenção dos grandes centros urbanos e para assegurar um cuidado integral à saúde da população. A Integralidade torna-se um atributo relevante na avaliação dos serviços e dos sistemas de saúde da atenção primária (CONILL, 2004).

Para Pires (2007), a integralidade é vista como uma resposta (saber e agir) dos trabalhadores de saúde e usuários, através de serviços e práticas com a finalidade de buscar respostas positivas às demandas e necessidades de saúde da população. A autora pretende além de entender a integralidade, analisar as relações presentes nas ações de saúde, como o vínculo, acolhimento, responsabilização e resolubilidade entre os trabalhadores de saúde da família e usuários. Desvela a compreensão de que os profissionais de saúde da família ainda apresentam características do modelo hegemônico. Ressalta a necessidade da implementação de uma política de formação para os trabalhadores de saúde, articulada à prática com o envolvimento de todos - usuários, trabalhadores e gestores de saúde, no “sentido de poderem acompanhar e poderem se sentir responsáveis também pela produção de um saber-fazer na perspectiva de integralidade do cuidado”. Além destes, também as Universidades e docentes devem engajar-se neste processo com propostas inovadoras (PIRES, 2007, p. 119).

Para Mattos (2004, p.1411), a integralidade além de ser utilizada para designar um dos princípios do SUS, expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário, funciona também como uma “imagem objetivo”, quando indica características desejáveis do sistema de saúde e de suas práticas. O autor levanta alguns questionamentos acerca da integralidade. Para ele, existem três conjuntos de sentidos para o este princípio: um relacionado às práticas dos profissionais de saúde, outro se refere à organização dos serviços e o último, às respostas aos problemas de saúde. Neste estudo dá atenção em especial ao sentido da integralidade voltado para “os atributos das práticas de saúde” e também levanta alguns sentidos relacionados a organização dos serviços de saúde. No que se refere às práticas dos profissionais, coloca que estes devem fugir ao reducionismo, e ver o usuário como um todo. Na organização dos serviços de saúde, com uma visão ampliada, os profissionais devem buscar estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas. Quanto as respostas do governo aos problemas de saúde da população, devem ser incorporadas possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação nas três esferas do governo. Tais mudanças levarão a um modelo de prática integral em saúde.

Como outros autores, já citados anteriormente, Mattos também considera a integralidade como o princípio menos visível na história do Sistema de Saúde. A respeito desta, cita que as mudanças não são tão evidentes e não se alcançou a visibilidade que desejava-se (MATTOS, 2004).

2.2.2 Integralidade: Eixo Integrador entre Serviços de Saúde

Segundo Campos (2003), outro aspecto ligado ao sentido da integralidade diz respeito à garantia de acesso do indivíduo aos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário).

Henriques (2005) aponta que a integralidade é entendida como eixo estruturante no trabalho e na educação em saúde, pois através deste princípio e de seus sentidos é que tem sido realizadas articulações necessárias para organizar as práticas de saúde. Cita que a vivificação da integralidade é fundamental no cotidiano dos serviços, seja na rede básica ou na rede hospitalar, para permitir a articulação com os outros setores da sociedade, facilitando o usuário a exercer sua cidadania, decidir sobre sua vida e seu corpo, fazer-se protagonista e não objeto do cuidado.

Em seu estudo, Silva (2004, p. 19) faz uma aproximação ao conceito de integralidade, através da concepção de diversos autores. Coloca que esta deve ser percebida em uma dimensão individual, relacionada à intensidade do cuidado no ato de atenção à saúde; e em uma dimensão sistêmica, em relação a uma atenção contínua, através de ações articuladas em rede que promovam a coordenação do cuidado entre os diversos serviços de saúde. Em seu trabalho detém-se nesta última dimensão. Coloca que a integralidade engloba “tanto o modo de produção das ações, isto é, a micro política dos processos de trabalho no interior de cada ponto de atenção à saúde, quanto à organização e a articulação dos serviços de saúde em rede – esfera macro política”.

Cita que os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde estão ancorados nos conceitos de integração horizontal e vertical. Integração horizontal é compreendida quando as instituições que fornecem os mesmos serviços se unem e tornam-se uma instituição única com a finalidade de melhorias da qualidade dos serviços. E a integração vertical ocorre quando diferentes pontos de atenção à saúde de um sistema de serviços comunicam-se, exigindo assim, que diferentes níveis de atenção constituam uma rede de atenção contínua aos usuários do sistema (SILVA,

2004). Coloca ainda que, segundo Mendes (2001), essa integração vertical acontece através da gestão da clínica, que é um sistema de coordenação dos diversos pontos de atenção à saúde através do uso de instrumentos adaptados da atenção gerenciada. Por sua vez, a gestão da clínica, em conjunto com a avaliação tecnológica em saúde e a contratação nos serviços de saúde, contribui para a supervisão regulatória nos sistemas de saúde (SILVA, 2004).

Os Sistemas Integrados de Serviços de Saúde são uma forma específica de organização em rede, onde a atenção básica deveria ser a porta de entrada. Neste Sistema a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra, de uma rede horizontal integrada. As redes conectam pessoas e não instituições ou cargos.

Coloca que a Estratégia de Saúde da Família pode facilitar a construção de um sistema integrado, na medida em que valoriza os atributos necessários para uma atenção básica resolutive, não esquecendo do princípio da integralidade – princípio este que garante acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (SILVA, 2004).

Giovanella et al. (2003), analisam a unidade de Saúde da Família como porta de entrada e a sua articulação com os demais níveis de complexidade por meio da presença de mecanismos de referência e contra-referência pelos profissionais das USF. Os autores concluem que existe uma evidência que na maioria dos municípios, as USF ainda não se tornaram a porta de entrada de um sistema de saúde integrado. Em relação à articulação da Unidade de Saúde da Família aos demais níveis de complexidade, os estudos sugerem que esta depende da criação de mecanismos de integração do sistema, do aumento da resolutividade da Unidade Básica e da melhor articulação com a prestação de ações com enfoque coletivo e das atividades clínicas individuais.

Costa e Silva et al. (2007, p. 1405), destacam a dificuldade de alcançar a integralidade nas ações em saúde. Consideram a integralidade como um conceito amplo, envolvendo vários sentidos, podendo ser percebida em uma dimensão individual, “relacionada com a intensidade do cuidado” e outra sistêmica, relacionada a “uma atenção contínua e articulada em rede através de tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços e a coordenação do cuidado ao indivíduo por todo o sistema de saúde”.

Os resultados deste estudo sugerem a “institucionalização de novas práticas na atenção voltada para integração assistencial” como a estratégia de saúde da família, Programa de educação permanente e o subsistema integrado materno infantil. Como questões limitantes citaram a dificuldade de cooperação entre profissionais da atenção primária e secundária e o descompromisso dos trabalhadores diante dos resultados organizacionais. Para alcançar a atenção integral, se faz necessário a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde,

diferente dos serviços fragmentados atuais. Sugere o desenvolvimento de formas de comunicação e negociação como incentivo aos profissionais de saúde a participarem na integração dos serviços, possibilitando a formação de novos espaços de articulação das ações e dos saberes. Considera que o Projeto Integrar, uma experiência de integração entre serviços de saúde no município de Vitória/Espírito Santo/Brasil, contribuiu para a reorganização do modelo assistencial na Região de São Pedro em direção à integralidade do cuidado em saúde, entretanto é um processo em construção. A transformação das práticas, na perspectiva da integralidade em organização de saúde é um processo lento, envolve todos os profissionais em prol de mudança na forma de execução das ações (COSTA e SILVA et al., 2007, p. 1411).

Para Alves (2005), a integralidade é contrária à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante e a assistência deve ir além da doença.

Integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial (ALVES, 2005 p.43).

Esta assimilação deve acontecer nas práticas profissionais nos serviços de saúde cotidianamente, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico, ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (ALVES, 2005).

Segundo Mattos (2001, p.51), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, é uma “bandeira de luta”. Ele discute a Integralidade como uma dimensão das práticas dos profissionais de saúde.

(...) Seria integralidade um adjetivo de uma atividade de certos profissionais, ou uma marca das práticas desses profissionais? A noção de atitude pode trazer consigo, por um lado, uma idéia individualista, pois as atitudes seriam atributos de indivíduos. O desenvolvimento de atitudes se faria através de processos que também incidem sobre indivíduos. Mas nesse modo de pensar sobre pouco espaço para a organização do trabalho de uma equipe de modo a garantir a integralidade (...) Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho (MATTOS, 2001, p.51).

Para o autor a prática da integralidade está vinculada diretamente ao perfil do profissional membro da equipe de saúde. Este reconhece também que, a forma como as práticas estão socialmente configuradas pode favorecer ou dificultar a prática deste princípio.

2.2.3 Integralidade: Formação profissional

Silva e Sena (2006) buscam compreender a orientação da formação do enfermeiro para a integralidade da atenção à saúde. Entendem que este deva ser um pressuposto do Projeto Político Pedagógico das instituições que formam os profissionais de saúde, direcionando o ensino para a construção de um Sistema alicerçado na integralidade do cuidado na saúde.

Para Silva e Sena (2006, p. 488), a abordagem da integralidade na formação do enfermeiro necessita de uma “compreensão do ensino como um processo construído por docentes, estudantes, profissionais de serviço e comunidade” que agem como atores que determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social.

O estudo revelou que o ensino está marcado pela fragmentação entre “teoria e prática”, “assistir e ensinar”, entre “abordagem clínica e social”, entre “gerência e assistência”. A fragmentação da estrutura organizacional também foi levantada como um entrave à integralidade das ações pedagógicas. Os cursos de graduação mostram-se insuficientes e desarticulados às práticas integrais, portanto na busca da construção da integralidade do cuidado, faz-se necessário rever os conteúdos e programas desenvolvidos nestes (SILVA; SENA, 2006, p. 490).

A formação na perspectiva da integralidade do cuidado sugere um repensar e refazer pedagógico, revelando as concepções de educação que determinam a práxis educativa na enfermagem. É necessário também construir práticas pedagógicas embasadas na integralidade durante toda a formação, com uma educação integral e interdisciplinar e um referencial crítico-reflexivo (SILVA; SENA, 2006).

Reconhecem que as discussões sobre a mudança curricular vêm gerando momentos de reflexão sobre a integralidade no cuidado, entretanto estes não estão sendo assumidos como estratégia de mudança (SILVA; SENA, 2006).

Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1401) buscam configurar uma análise da integralidade da atenção à saúde como eixo norteador da necessidade de mudança na

formação dos profissionais de saúde, bem como contribuir à formulação de uma política do SUS para a mudança na graduação das profissões de saúde. Lembram que a Lei Orgânica da Saúde, em seu título relativo aos recursos humanos, cita que a política para os trabalhadores da saúde deve cumprir o objetivo de organizar “um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós- graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social), colocam que a formação do profissional de saúde deve contemplar “o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”. Já no curso de Enfermagem foi acrescentado que o atendimento às necessidades sociais de saúde deve ser assegurado pela “integralidade de atenção” e pela “qualidade e humanização do atendimento”. Entretanto as diretrizes curriculares são apenas uma recomendação, pois no Brasil, as Universidades gozam de autonomia, definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1402).

O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde, as DCN, bem como as diretrizes do SUS, sugerem a presença de instituições formadoras de profissionais de qualidade, escolas comprometidas com a construção do SUS. Assim como a vinculação entre educação, trabalho e práticas sociais deve ser meta da educação superior, as DCN e as diretrizes do SUS constituem-se em referência para propor o perfil profissional a ser formado.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1405), o modelo vigente médico-hegemônico empobrece ou mesmo anula a dimensão integralidade. Para superar esta prática, apesar de indispensáveis, não é suficiente apenas reconhecer a necessidade de transformação, percorrer novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras. Para gerar mudanças, é necessária uma política capaz de “convocar um pensamento crítico”, o compromisso de docentes, estudantes, gestores de saúde e educação, conselheiros de saúde e movimentos sociais, bem como oferecer meios de interferir realmente no processo de formação profissional. Práticas profissionais organizadas a partir das necessidades de saúde da população, são consideradas um potente eixo integrador dos processos educativos.

Para Machado et al. (2007), a integralidade é vista também como eixo norteador das ações de educação em saúde. Na perspectiva de integralidade, as ações em educação em saúde, podem ser vistas como estratégia articulada, em direção a atitudes geradoras de mudanças, a partir do profissional de saúde e do trabalho em equipe. Uma prática integral somente é possível através de um efetivo trabalho em equipe, incluindo o processo de formação do profissional de saúde até a educação permanente. Aponta a necessidade de

repensar a estrutura dos processos de formação destes profissionais. Buscam configurar uma análise da integralidade da atenção à saúde como eixo estruturante da necessidade da mudança, a partir da formação das políticas públicas de saúde, dos serviços, suas práticas e dos profissionais de saúde.

Na abrangência do conceito da integralidade, os serviços de saúde devem estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, porém o que é desvelado é a tendência de um agir voltado para a atenção básica. Na superação desta desarticulação e desintegração organizacional, evidencia-se a necessidade da construção de redes articuladas que corrijam esta tendência (MACHADO et al., 2007).

Pinheiro (2005) destaca na formação em saúde, a Política de Educação Permanente e Desenvolvimento do SUS, que busca mudanças nas estratégias de organização e do exercício da atenção em construção às prática das equipes.

A atenção básica representa papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, porquanto proporciona a construção contínua com a população, onde considera a “organização e o funcionamento horizontal dos recursos, das tecnologias e da disponibilidade dos trabalhadores em saúde, em vista a garantir a oportunidade, a integralidade e a resolução dos processos de atenção à saúde, da gestão (...)” (PINHEIRO, 2005, p. 177).

Pinheiro (2005, p. 177) coloca que “conceitos, definições e noções vem sendo repensados, reconstruídos e renovados à luz da integralidade da atenção, como valor democrático, formando verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS”.

2.2.4 Integralidade: Trabalho em Equipe

Henriques (2005), em sua discussão sobre a integralidade como possibilidade de transformação na atenção a saúde, cita outro aspecto dessa prática, o trabalho integrado – o trabalho em equipe. A atenção integral se concretiza com o trabalho de uma equipe multidisciplinar e a atuação interdisciplinar à família e comunidade.

Gomes et al (2007, p. 20) analisam o trabalho em equipe, levando em consideração sua dimensão ética e sua interface com a noção da integralidade, onde aponta para mudanças na “própria percepção do trabalhar em saúde”. Neste sentido, o trabalho em equipe passa a ser “pautado em relações de legitimação do outro”, onde potenciais, qualidades e desejos são percebidos, mas também os defeitos, limites e angústias. É percebido também a contribuição

dos diferentes saberes para o agir em saúde e sua importância para a eficácia dos serviços. Focam as “tonalidades e modulações em que as ações dos trabalhadores da saúde se efetivam.” É no agir com o outro que as práticas de integralidade em saúde são produzidas.

Segundo Louzada et al (2007, p. 39), não existem práticas em saúde mais ou menos integralizadas e sim condições para o seu exercício. “A integralidade pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos de diferentes agentes”.

Bonaldi et al (2007, p 54-56) entendem que a integralidade somente se “expressa” nas práticas e estas sempre são realizadas a partir das relações entre os atores nos variados serviços. Em seu estudo buscam em diferentes contextos, “potencializar pistas, detalhes, indícios” de práticas de integralidade. Ao analisarem estas práticas, utilizam a metáfora do trabalho em saúde como “corpo”, onde todos os órgãos são importantes e um não funciona sem estar com o outro. Assim, também o trabalhar em equipe exige mais do que o atuar de diferentes saberes/práticas profissionais, “pressupõe a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com”. O trabalho em equipe “delineia-se pela potencialidade, pelo desafio que a articulação” destes profissionais têm de produzir saúde. A reunião de diferentes profissionais não garante um cuidado integral, mas sim expõe e ressalta a fragmentação deste. Na perspectiva da integralidade, salientam a necessidade da desfragmentação dos processos em equipe.

Para Barros e Barros (2007, p. 81) a integralidade ganha outro viés, como condição do trabalhar, a “integração no processo de trabalho, entre os trabalhadores”.

Honorato e Pinheiro (2007) discutem a necessidade de questionar as relações de saber e poder entre os profissionais de saúde. Pensar no agir em saúde predispõe uma discussão conjunta, com multiplicidade dos diferentes saberes.

Peduzzi (2007) coloca que o trabalho em equipe é dinâmico, pode configurar equipes de trabalho integradas, ou equipes com apenas agrupamento de profissionais. O compartilhar de uma mesma situação de trabalho não caracteriza uma equipe integrada, bem como o relacionar-se cordialmente não alcança a integração dos diferentes trabalhos, na perspectiva da integralidade. O trabalho multiprofissional, para se integrar, deve preservar as especificidades dos diferentes trabalhos e articular as ações realizadas pelos integrantes da equipe. Coloca que, para se construir algum grau de integração é necessário ocorrer a articulação das ações por parte de cada um e por todos os integrantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Neves e Gonçalves (1984), ao tratarem das questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem citam que os termos marco teórico, marco conceitual e modelos, apesar de diferentes na sua constituição, têm sido utilizados como sinônimos na literatura e na linguagem dos pesquisadores para se referir à estrutura teórica que direciona à pesquisa.

Marco conceitual é uma construção mental logicamente organizada que pode ser feita a partir da teoria (marco teórico), a partir da organização do conhecimento existente documentado pela revisão de literatura (referencial teórico) (NEVES; GONÇALVES, 1984).

A presente pesquisa envolveu a articulação entre dois grupos de enfermeiros que atuam em Atenção Hospitalar e Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família no processo de alta hospitalar da criança/família. Para tanto, a abordagem do referencial teórico para dar sustentação ao presente estudo vem de duas fontes principais: da teorização do processo de trabalho e da integralidade, um dos princípios que norteia a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nos distintos níveis de atenção: básica e atenção hospitalar.

Para nortear esta pesquisa sob a ótica da integralidade, além de buscar sua concepção diretamente na Constituição de 1988 e Lei Orgânica 8.080/90, foi acrescentada contribuições de outros autores. Dentre estes destaca-se Bárbara Starfield, especialista em Atenção Primária à Saúde, e reconhecida também por sua obra “Atenção Primária” editada pela Unesco e Ministério da Saúde em 2002.

Bárbara Starfield é professora de política de saúde e pediatria da renomada Universidade Johns Hopkins, em Baltimore (USA). Também é diretora do Centro de Atenção Primária da mesma Universidade. Autora de diversos artigos e livros é pesquisadora internacionalmente conhecida nas áreas de atenção primária, qualidade da atenção, mensuração da situação de saúde, equidade e em atenção à saúde de maneira geral. O valor da Dra. Starfield no campo da pesquisa reflete-se nos muitos prêmios recebidos por suas contribuições à pesquisa em serviços de saúde e, especialmente em atenção primária. É uma das fundadoras e a primeira presidente da Sociedade Internacional para a Equidade na Saúde.

3.1 INTEGRALIDADE: UM DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Com a Constituição Nacional (1988) a proposta da integralidade em saúde começa a tomar força. A Constituição afirma que as ações e os serviços de saúde integram uma rede, devendo ser organizada segundo as diretrizes: atendimento integral, descentralização da gestão e participação popular. O texto constitucional fala de atendimento integral, com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência.

A integralidade da assistência, na Lei Federal 8.080/90, em seu capítulo II é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, p. 4)

3.1.1 A Integralidade do Cuidado: Eixo Atenção Primária

A **Atenção primária** à saúde foi definida de acordo com a Organização Mundial da Saúde:

Atenção primária é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa marcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. (...) é o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978, p. 30)

Segundo Donaldson apud Starfield (2002), o Instituto de Medicina define atenção primária como:

Atenção primária é a oferta de serviços de atenção à saúde integrados e acessíveis por meio de clínicos que sejam responsáveis por atender a uma grande maioria de necessidades pessoais de atenção à saúde, desenvolvendo uma parceria constante com os pacientes e trabalhando no contexto da família e da comunidade (DONALDSON et al., 1996, p. 49).

Para evitar diferentes interpretações dos termos desta definição, o relatório do Instituto de Medicina especificou cada termo. O termo “integrado” – integral (assistir qualquer problema de saúde em qualquer momento da vida do paciente); “coordenada” (articulação de serviços e informações de saúde conforme a necessidade do paciente); “continuada” (atendimento ao longo do tempo, por um mesmo indivíduo ou equipe e comunicação “efetiva e oportuna”). O “paciente” seria o indivíduo que é assistido pelo clínico por uma doença ou em busca de promoção da saúde e promoção de doenças. O “contexto da família e da comunidade” seria entender “as condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais” relacionados à comunidade onde vive (STARFIELD, 2002, p. 50).

Apesar de trazermos a definição de atenção primária, assim reconhecida em nível mundial, nesta pesquisa considerando o que traz o Ministério da Saúde, utilizaremos o termo Atenção Básica, caracterizada como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (...) É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da Universalidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006, p. 14).

A Atenção Básica segundo o Ministério da Saúde, possui alguns fundamentos, dentre eles estão: o efetivar a integralidade em seus vários aspectos, como a “integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços” e o “desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2006, p. 15).

Para Starfield (2002), a **integralidade** implica que ocorram arranjos por parte das unidades de saúde para que o paciente receba todo serviço de atenção à saúde que necessite, incluindo encaminhamentos para o nível secundário e terciário. Esta é um mecanismo importante, pois assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde.

Segundo Starfield (2002), a integralidade, juntamente com a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade e coordenação é um atributo da Atenção Básica. Para alcançar estes atributos são necessários pelo menos um dos quatro elementos estruturais (acessibilidade,

variedade de serviços, população eletiva e a continuidade) e um dos dois elementos processuais (utilização e reconhecimento do problema).

A atenção básica é um componente fundamental dos sistemas de saúde, tendo como papel a prestação direta de todos os serviços necessários. Mesmo que não ofereça todos os serviços, esta deve reconhecer a necessidade relacionada à saúde do paciente e disponibilizar os recursos, providenciando ou coordenando a prestação de serviços em outros locais (STARFIELD, 2002).

Outro atributo da atenção básica além da integralidade, a longitudinalidade é entendida como uma relação longa entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, uma “fonte regular de atenção” como “sua”, orientada para a atenção à pessoa (STARFIELD, 2002, p.248).

A continuidade é vista como um elemento estrutural importante para alcançar a integralidade e também a longitudinalidade. Por continuidade entende-se um conjunto de arranjos através dos quais, a atenção “é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos”. Esta é orientada para o problema. Reconhecer os diferentes conceitos entre longitudinalidade, integralidade e continuidade é importante, pois o uso do mesmo termo impede muitas vezes o processo de pesquisa (STARFIELD, 2002, p. 249).

De acordo com Starfield (2002, p. 338), a integralidade pode ser obtida através de dois níveis: populacional e institucional. No nível populacional, é obtida pela “extensão em que os serviços de saúde abordam as necessidades evidentes da população”. E no nível institucional a obtenção da integralidade dependerá das informações disponíveis a respeito dos tipos de problemas/diagnósticos encontrados e trabalhados nas diferentes unidades, por diferentes profissionais de saúde.

3.1.2 A Integralidade do Cuidado: Eixo Hospitalar

Cecílio e Merhy (2005, p. 197) ao procurar construir uma definição de integralidade da atenção no hospital, concluem como “o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”. O cuidado integral em saúde ocorreria segundo uma combinação generosa e flexível de tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002). Uma combinação de tecnologia e humanização na intervenção hospitalar.

Os autores reconhecem que como ponto de partida, esta definição é razoável, mas que na perspectiva da integralidade do cuidado, esta definição não é suficiente e necessitaria agregar outras questões a ela como tema de gestão hospitalar.

Ainda segundo Cecílio e Merhy (2005, p. 197), existem dois ângulos pelo qual a integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada: “a integralidade da atenção olhada no hospital e a partir do hospital e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde”.

No primeiro ângulo, o cuidado é visto como multidisciplinar, dependendo da conjugação do trabalho de vários profissionais. O cuidado em saúde é composto por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, “num processo dialético de complementação e de disputa”. A integralidade da atenção recebida resultará de como está articulada a prática dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO; MERHY, 2005, p. 198).

Outro ângulo da integralidade, seria o hospital no “sistema de saúde”, onde Cecílio e Merhy (2005, p.199), discorrem uma discussão sobre o “sistema de saúde”. Para eles, não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade e a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.

O hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, quando no “sistema de saúde” fosse referência em determinadas situações e após realizar o atendimento, fizesse uma adequada contra-referência. Entretanto a implementação efetiva desses “circuitos base-topo e topo-base”, na prática nem sempre são muito bem sucedidos (CECÍLIO; MERHY, 2005, p. 200).

Outra forma de trabalhar a integralidade seria no momento da alta hospitalar:

Um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contra-referência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico (CECÍLIO E MERHY, 2005, p. 201).

Segundo estes autores, o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se deter somente na contra-referência de pacientes encaminhados, devendo haver uma postura ativa na construção de fluxos institucionais. Para que isto ocorra se fazem necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular com as Secretarias Municipais de Saúde, unidades básicas, entre outros.

Cecílio e Merhy (2005) apresentam um modelo básico de remodelagens que eles tem trabalhado em três hospitais distintos, que compartilham desenhos de gestão construídos

sobre o princípio da integralidade. Eles apontam como atribuições dos coordenadores destes hospitais, a ajuda na criação e transversalização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços, visando à integralidade do cuidado. Afirmam que estas tarefas não são algo simples e desprovidas de dificuldades, mas possíveis e necessárias.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Para atender as necessidades do homem e sua evolução histórica, o trabalho e sua forma de organização vêm mudando com o passar dos anos.

Para Henriques (2005), toda ação profissional possui aspectos diversos em seu campo específico de saber e cuidar, não havendo necessidade que uma sobreponha a outra, sendo assim são igualmente importantes para o usuário, na capacidade de entendê-lo de modo abrangente e singular.

Para Silva Junior et al (2005), o trabalho em saúde possui como características o encontro de indivíduos com necessidades e sofrimento, o usuário, com pessoas que possuem conhecimento específico para solucionar os seus problemas, os profissionais. Neste encontro existem fatores como os sentimentos, que interferem na percepção deste profissional às necessidades do usuário.

Pires (1999, p. 29) refletindo sobre trabalho em saúde, trabalho este realizado em instituições reconhecidas legalmente como espaços de atenção à saúde, identifica:

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor dos serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta, uma cirurgia, (...), ações preventivas, individuais ou coletivas, (...). Envolve, basicamente, avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 1999, p. 29).

O **processo de trabalho** dos profissionais em saúde possui como finalidade, a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo que necessita de assistência curativa, preventiva, e ou preservação da saúde; como instrumental de trabalho, “os instrumentos e as

condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde” e como produto final, a assistência de saúde que é produzida (PIRES, 1999, p.32).

O processo de trabalho em saúde é um trabalho coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar (CAPELLA, 1996).

Segundo Capella (1996, p. 167), **o processo de trabalho em enfermagem** “é complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde”. O trabalho de enfermagem é realizado por pessoal de enfermagem com diferentes níveis de formação e dividem entre si parcelas relativas a esse trabalho, onde “as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos”.

Envolve dois campos de atividades: o do cuidado e procedimento assistencial e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial. Ao enfermeiro é garantido o papel de “detentor do saber e de controlador do processo de trabalho da enfermagem” (PIRES, 1999, p. 40).

A **organização do trabalho de Enfermagem** implica nas relações dos profissionais de enfermagem entre si e com outros profissionais; com os usuários do serviço de saúde; com as facilidades e fragilidades provocadas pela estrutura organizacional; com as relações hierárquicas; com o conhecimento e as tecnologias disponíveis em saúde e na enfermagem; com a divisão de trabalho; com o modelo de gestão da instituição e da própria enfermagem e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde (MATOS; PIRES, 2002).

Em saúde o objeto de trabalho é o **ser humano**, que possui sentimentos, emoções e necessidades. Nesta pesquisa identificamos o homem ser cuidado, como ser humano e o homem ser cuidador, o sujeito trabalhador de enfermagem, que de acordo com Capella (1996):

Homem ser natural que surge em uma natureza dada, submetendo-se às leis naturais e dependendo da natureza para sobreviver. É parte dessa natureza mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente, segundo suas necessidades. Nesse processo se faz humano e passa a construir a sua história, se faz histórico (CAPELLA, 1996, p. 162).

Baseado em Capella (1996) **Sujeito trabalhador de enfermagem** é aquele ser humano (homem), que em seu percurso de vida, possui como atividade básica o exercício de

Enfermagem, desenvolvendo seu trabalho ao ser humano que necessite de assistência à saúde.

Na presente pesquisa os seres humanos envolvidos foram a criança/família no processo de alta hospitalar e enfermeiras de uma Unidade de Internação Pediátrica e Unidade Local de Saúde.

A criança/família no processo de alta hospitalar é um ser especial, biológico e social, com idade entre vinte e nove (29) dias e catorze anos, onze meses e 29 dias (14a, 11m e 29d), que necessita de atenção integral para promoção de sua saúde. Entende-se que a hospitalização e o processo de alta hospitalar constituem um processo difícil para todos os envolvidos – criança e família.

A família vivencia juntamente com a criança o processo hospitalização e alta hospitalar, sendo assim também é objeto de atenção.

O Enfermeiro(a) assiste à criança/família em sua integralidade e possui uma visão ampla das necessidades destes. Atua diretamente no processo de alta hospitalar, por estar mais próxima e continuamente junto à criança/família. Dentre suas atividades assistenciais está o seguimento pós alta hospitalar, bem como a articulação Atenção Hospitalar e Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, favorecendo a integralidade da assistência.

A **Enfermagem** é uma prática social, cooperativa, com finalidade básica de atender às necessidades do ser humano, indivíduo, que em seu percurso de vida procuram os serviços de saúde. A enfermagem assiste ao indivíduo em sua integralidade como ser biológico e social (PIRES, 1999).

A enfermagem neste estudo, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde possui como prática assistir a criança/família em processo de alta hospitalar, favorecendo a integralidade da assistência e promovendo a saúde.

Para Capella (1996, p. 166), **instituição de saúde** é considerada:

Um espaço social formal, isto é, materialmente definido, (...) onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem (...). Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem [ser humano] contempla.

A instituição hospitalar é [um dos] locais onde ocorre o trabalho de saúde, e se desenvolve o processo de trabalho dos diferentes profissionais de saúde, dentre eles o sujeito trabalhador de enfermagem, para dar assistência ao sujeito hospitalizado. É criada para atender ao sujeito hospitalizado, que em seu percurso de vida, necessita de hospitalização e que é o objeto de

trabalho comum a todos os sujeitos trabalhadores da área da saúde (CAPELLA, 1996).

Outro local onde ocorre o trabalho em saúde são as Unidades Locais de Saúde (ULS), locais onde estão inseridas as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), e corresponde ao nível de Atenção Básica à saúde. Esta é percebida como primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias, com o sistema de saúde, sendo a porta de entrada para um processo de atenção continuada a saúde.

A ESF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços e compromissos de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a população. Como objetivo geral visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial vigente a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS, proporcionando uma nova forma de atuação nas unidades básicas de saúde. Esta mudança de paradigma exige uma nova atitude da equipe e uma integração entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, onde a equipe deve ser articuladora entre os vários serviços de saúde existentes (BRASIL, 1997).

O **ambiente** neste estudo compreende o local onde ocorre o processo de trabalho de saúde pelos sujeitos trabalhadores de enfermagem, e demais profissionais da área da saúde, ao ser humano - criança/família no processo de alta hospitalar. Compreende a Unidade de Internação Pediátrica, local onde a criança receberá a alta propriamente dita, e a Unidade Local de Saúde da área de abrangência aonde esta reside, e onde ocorrerá a continuidade da assistência no pós alta hospitalar, em busca da promoção da saúde.

3.3 PRESSUPOSTOS

Alguns pressupostos foram construídos a partir do tema proposto, que acreditamos ser imprescindível para que ocorra uma atenção integral à criança/família no processo de alta hospitalar.

- A alta hospitalar é um processo que inclui o período que antecede a saída da criança/família do hospital, o período após a saída desta do hospital, incluindo o seu seguimento pós alta na comunidade onde vive. A alta hospitalar tem na decisão/prescrição médica seu momento de caráter “legal”, mas é um processo que compõe um seguimento assistencial, no qual o enfermeiro ocupa posição estratégica, assumindo a coordenação deste, por estar mais próximo à criança/adolescente/família.

- “O processo de trabalho em saúde é coletivo, onde cada área técnica executa parte dessas ações. Para isto, faz-se necessário a reconstrução de ações integradas, numa perspectiva interdisciplinar” (CAPELLA, 1998, p. 92).
- A integralidade incide sobre as práticas profissionais e do processo de trabalho em saúde: a atenção integral é buscada pela atuação em equipe, com uma abordagem interdisciplinar à criança/ família.
- Para que ocorra a integralidade do cuidado faz-se necessário a ampliação da dimensão cuidadora na assistência dos profissionais de saúde, de maneira que rompam os limites da instituição hospitalar em encontro a equipes da Estratégia Saúde da Família.
- A articulação do trabalho do enfermeiro da Atenção Hospitalar com a Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança /família favorece a integralidade do cuidado.
- A reflexão dos enfermeiros acerca dos limites e potencialidades de seu processo de trabalho na articulação hospitalar e Atenção Básica/ESF pode contribuir para a integralidade do cuidado, resultando na promoção da saúde da criança em processo de alta hospitalar.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos e responder ao problema de pesquisa, este estudo teve como proposta metodológica a abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo.

A abordagem qualitativa possibilita uma aproximação aprofundada dos significados das relações humanas, pois a “pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que não corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001).

Gil (2007) identifica três níveis de pesquisa, são elas: pesquisa exploratória, pesquisa descritiva e pesquisa explicativa.

Nas pesquisas exploratórias procura-se desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos (...). De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso (GIL, 2007, p. 43).

Segundo Andrade (1999), a pesquisa exploratória proporciona mais informações sobre o assunto a ser estudado, facilitando o tema e problema, objetivos e hipóteses, para dar novo enfoque ao estudo.

A pesquisa descritiva possui como objetivo a “descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.” (GIL, 2007, p. 44).

De acordo com Pollit; Beck; Hungler, 2004, p.200:

Os elementos do delineamento da pesquisa qualitativa evoluem durante o curso do projeto. As decisões sobre a melhor maneira de obter os dados, de quem os dados devem ser obtidos, como programar a coleta e quanto tempo deve durar uma sessão de coleta de dados, são feitas no campo, à medida que o estudo se desenvolve.

Pollit; Beck; Hungler, 2004, p.200, citam algumas das características do

delineamento qualitativo, sendo elas:

- “flexível e elástico”, ajustando-se ao que está sendo pesquisado;
- envolve uso de “várias estratégias para coleta de dados”;
- busca a “compreensão do todo”;
- envolvimento intenso do pesquisador no campo de estudo;
- “análise contínua dos dados” a fim de formulação de estratégias durante seu desenvolvimento e determinação do término do trabalho da pesquisa.

4.2 O LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Pediátrica, do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e em cinco Unidades Locais de Saúde com equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Florianópolis, local de trabalho dos sujeitos desta pesquisa.

4.2.1 Hospital Universitário: Unidade de Internação Pediátrica (UIP)

O Hospital Universitário, é uma unidade hospitalar de referência pública do governo federal e atende clientela exclusivamente do Sistema Único de Saúde – SUS, em Santa Catarina. Objetiva o ensino, pesquisa, assistência e extensão. Possui 271 leitos disponíveis em unidade de internação de diversas especialidades (Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia). Possui ainda um serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterelização. Atende a população local, regional, estadual e eventualmente de outros estados e países.

A estrutura organizacional é composta por uma Direção Geral (DG) e 04 (quatro) Diretorias, sendo elas: Enfermagem (DE), Medicina (DM), de Apoio Assistencial (DAA) e Administrativa (DA).

Este hospital foi inaugurado em maio de 1980, e a Unidade de Internação Pediátrica

(UIP) foi inaugurada em julho de 1980. Localizada no segundo andar, possui 30 leitos distribuídos em áreas específicas com vagas para crianças em faixa etária de Lactentes, Pré-escolares e Escolares (idade entre 29 dias de vida a 14 anos 11 meses e 29 dias). Destes, 06 leitos para internação estão desativados. Outros 05 leitos são para observação, vinculada à emergência pediátrica. Durante a internação é possibilitado permanecer um acompanhante junto à criança.

Na UIP trabalham uma equipe interdisciplinar de saúde composta por enfermeiras, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, assistente social, nutricionista, lactaristas e psicóloga. Por ser uma unidade de internação de hospital escola, a UIP é utilizada como campo de aprendizado. Além de ser campo de estágio para professoras do Departamento de Enfermagem e acadêmicos da UFSC, também recebe acadêmicos e professores de outras instituições.

Atualmente a equipe de enfermagem da UIP, é constituída por 08 (oito) enfermeiras, sendo três no turno matutino, duas no turno vespertino e três no turno noturno (uma em cada noite, sendo que uma está afastada por licença de saúde). Temos também 02 (dois) auxiliares de enfermagem e 24 técnicos de enfermagem, sendo que destes, 02 (dois) foram remanejados, 03 (três) estão aposentados e 04 (quatro) estão afastados por licença de saúde.

Nesta instituição a enfermagem atua utilizando-se de uma metodologia de assistência de enfermagem, respaldada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas (Wanda Horta), e o Prontuário Orientado para o Problema (SISTEMA WEED), no qual a inter-relação da equipe/criança/família é fundamental para que possam ser atendidos os objetivos relacionados na sua filosofia.

4.2.2 Unidade Local Saúde - Florianópolis

Um segundo local de pesquisa foram as Unidades Locais de Saúde (ULS) do Município de Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Atualmente o Município de Florianópolis conta com 48 ULS e 96 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Desde 2002, as equipes de ESF estavam distribuídas por Regionais de Saúde. Em 2009 as Regionais passam a se chamar Distritos Sanitários. Estas são em número de 5 (cinco), e possuem como função principal o gerenciamento da rede a nível Regional. São elas: Centro, Continente, Leste, Norte e Sul.

Segue a Divisão das Regionais de Saúde por Unidades Locais de Saúde/ESF no Município de Florianópolis:

- Regional Centro – Agrônômica, Centro, Monte Serrat, Prainha, Trindade;
- Regional Continente – Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Morro da Caixa, Sapé, Vila Aparecida;
- Regional Leste – Barra da Lagoa, Canto da Lagoa, Costa da Lagoa, Córrego Grande, Itacorubi, João Paulo, Lagoa da Conceição, Pantanal, Saco Grande;
- Regional Norte – Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Rationes, Rio Vermelho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande, Vargem Pequena;
- Regional Sul – Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Carianos, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Morro das Pedras, Pântano do Sul, Ribeirão da Ilha, Rio Tavares, Saco dos Limões, Tapera.

Além destas ULS, o município conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Criança Adolescente (CAPSi), Farmácia Escola/UFSC/PMF, Policlínica Centro – na Regional Centro; Policlínica Continente e Laboratório - na Regional Continente; Centro Controle Zoonose – na Regional Leste; Unidade Pronto Atendimento Norte da Ilha – na Regional Norte; Policlínica Sul, Unidade Pronto Atendimento Sul – na Regional Sul.

As equipes de ESF do Município de Florianópolis são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, odontólogos e auxiliares de consultório dentário.

No município 32 ULS, 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 04 Policlínica possuem prontuários informatizados, sendo que todas as equipes de ESF destes locais possuem acesso às informações contidas nestes, favorecendo assim a integralidade da assistência às crianças/famílias.

4.3 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo pesquisados foram as Enfermeiras que exercem função na Unidade de Internação Pediátrica/HU/UFSC e Enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica no Município de Florianópolis com tempo mínimo de atuação de 1

ano em suas áreas específicas.

4.4 COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (Apêndice A), pautada por um roteiro previamente elaborado, que permitiu ampliações e ou adaptações na sua forma de acordo com o andamento do diálogo. Esta, partiu de alguns questionamentos básicos referentes aos objetivos e pressupostos que interessam ao estudo e ofereciam oportunidades de surgimento de novos questionamentos, a partir das respostas dos sujeitos investigados.

Segundo Matheus (2006), com a entrevista semi-estruturada, o entrevistado participa da elaboração do conteúdo da pesquisa, à medida que segue a linha de seus pensamentos e de suas experiências, relacionadas ao foco principal da entrevista.

A entrevista tem por objetivo atender aos propósitos da pesquisa, servir como roteiro na coleta dos dados, bem como ajudar a motivar o entrevistado (DYNIEWICZ, 2007). Para Minayo (2007, p. 64), o objetivo da entrevista é “construir informações pertinentes para o objeto da pesquisa”.

O roteiro da entrevista semi-estruturada foi formulado de acordo com os objetivos do estudo, de modo a analisar a articulação do processo de trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança/família, e as potencialidades e limites deste processo, considerando a contribuição desta articulação para a integralidade do cuidado.

Inicialmente foram convidadas todas as enfermeiras da Unidade de Internação Pediátrica (UIP) com tempo mínimo de atuação de 1 ano na área, para participarem por adesão voluntária desta pesquisa. Houve a participação de todas as 7 (sete) enfermeiras da UIP.

Considerando a impossibilidade de trabalharmos com o universo total dos enfermeiros da atenção básica/ESF, mas com a preocupação de não intervir nos resultados da pesquisa, foram selecionadas 05 (cinco) profissionais através de sorteio prévio. Uma enfermeira, por ser coordenadora do Programa Saúde da Criança deste município, e também poder contribuir na temática em foco, foi selecionada intencionalmente. Esta quantidade pré-selecionada deveu-se ao prazo para a realização da pesquisa e a proporcionalidade com as

profissionais que atuam na atenção hospitalar-UIP. O sorteio foi realizado pela pesquisadora, sendo considerado como critério de inclusão, o tempo mínimo de 01 (um) ano de atuação destes enfermeiros nas equipes de ESF/Atenção Básica. Com o propósito de alcançarmos um resultado que corresponda à totalidade deste Município, realizamos um sorteio em cada uma das 05 (cinco) Regionais de Saúde. O convite e o agendamento das entrevistas foram através de contato telefônico.

Assim, os participantes deste estudo foram 13 (treze) profissionais, sendo 7 (sete) enfermeiras da UIP/HU, 05 (cinco) enfermeiras de equipes de ESF e 01 (uma) enfermeira responsável pelo programa Saúde da Criança. É importante salientar que foi respeitado critério de saturação e não houve necessidade de convidar enfermeiros de outros locais da atenção hospitalar e básica/ESF. Portanto, a delimitação do número de entrevistas foi por critério de “saturação” qualitativa, no qual o pesquisador realiza um certo número de entrevistas suficiente para permitir certa reincidência das informações (MINAYO, 1999).

As entrevistas foram previamente agendadas, e realizadas individualmente pela pesquisadora, no próprio ambiente de trabalho dos participantes (UIP e ULS), em data e horários combinados. Após apresentação dos objetivos da pesquisa, foi permitido que os participantes se manifestassem com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), necessário para esta pesquisa.

A execução da coleta de dados, através das entrevistas, foi desenvolvida nos meses de dezembro de 2008 a janeiro de 2009, e não foi estipulado tempo de duração destas, o que favoreceu a liberdade de manifestação dos participantes acerca do tema pesquisado.

Todas as entrevistas foram registradas por gravação de áudio, e após transcritas e analisadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Gil (2007), a análise tem por objetivo organizar os dados de maneira que forneça as respostas ao problema da investigação.

Segundo Matheus (2006), a análise além de organizar também fornece estrutura e extrai significado dos dados da pesquisa.

Para ajudar na análise das entrevistas utilizamos uma ferramenta tecnológica, uma versão do software de análise qualitativa ATLAS. ti. O ATLAS.ti tem por objetivo facilitar a

análise de dados textuais. Seu uso não automatiza a análise de dados, mas agiliza as atividades envolvidas na análise qualitativa, tais como a segmentação do texto, a codificação e a escrita de comentários e anotações. O uso deste software na análise dos dados favorece a estocagem dos dados resgatados nas entrevistas semi-estruturadas, configura-se assim em uma poderosa base de dados. Estes dados poderão ser acessados de diversas formas e organizados de maneira mais sofisticada, visto que esta ferramenta facilita o manuseio dos dados e consequentemente sua análise (KLIPELL et al., 2004).

O ATLAS/ti tem sido útil para a pesquisa qualitativa, a medida que presta uma ajuda efetiva na recuperação de dados, e em buscas automáticas destes, possibilita assim uma análise assistida pelo computador (KLIPELL et al., 2004). Entretanto, não os analisam no mesmo “sentido” do pesquisador. Este software facilita o processo de análise, mas, em relação a codificação, esta é produto do pensamento e da versalidade do pesquisador (MOREIRA, 2007). O software não realiza nenhuma atividade criativa relacionada a análise, somente segue instruções predefinidas pelo pesquisador (KLIPELL et al., 2004).

A análise dos dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas. Após a transcrição, foi realizada leitura e releitura destas; análise individual das entrevistas; seleção e identificação das unidades de significado; organização das unidades de significado por semelhança de conteúdo; e constituição das categorias. Após a categorização, foi realizada uma análise reflexiva e interpretativa dos dados obtidos, baseado no referencial teórico (DYNIEWICZ, 2007).

Da organização dos dados estabeleceram-se três categorias: (1) Concepções dos enfermeiros sobre integralidade do cuidado: entre o saber e o agir; (2) Processo de trabalho de enfermagem na alta da criança/família hospitalizada; (3) Limites e potencialidades no agir integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança/família.

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

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi respeitada a liberdade de escolha, quanto à participação dos profissionais

enfermeiros e seu anonimato foi garantido com o uso de códigos para identificar suas falas (E1ESF, E2ESF, E1UIP, E2UIP), “E” de enfermeiro, seguida pelo número de ordem cronológica de realização das entrevistas e do local de trabalho – Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade de Internação Pediátrica (UIP). A autorização foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) após convite informal e apresentação prévia do projeto de pesquisa. Um dos aspectos éticos inseridos nas diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos é o Consentimento Livre e Esclarecido.

A autorização foi obtida junto aos locais onde ocorreu a pesquisa – a Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Anexo A) e Hospital Universitário/UFSC (Anexo B), onde foi apresentado o projeto de pesquisa e seus objetivos.

Este projeto foi avaliado e aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão constam de duas partes. A primeira parte refere-se à apresentação descritiva referente à categoria (1): Concepções dos enfermeiros sobre integralidade do cuidado: entre o saber e o agir. Na segunda parte é seguida a resolução 001/PEN/2008 de 10 de julho de 2008 (Anexo D), que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem. Esta propõe a apresentação dos resultados da dissertação no formato de 2 artigos científicos.

Assim, seguem neste capítulo, três artigos: um referente à revisão de literatura e dois referentes à análise dos dados obtidos através de entrevistas semi-estruturadas realizadas com enfermeiros atuantes na atenção hospitalar e básica do município pesquisado. Estes dois últimos artigos visam responder, respectivamente, aos dois objetivos específicos do estudo, bem como as categorias (2) Processo de trabalho de enfermagem na alta da criança/família hospitalizada e (3) Limites e potencialidades no agir integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança/família.

O primeiro intitulado “Integralidade em Saúde: Revisão de Literatura” relacionado a um dos referenciais teóricos desta pesquisa; o segundo intitulado “Processo de Trabalho de Enfermagem na alta da criança hospitalizada: articulação da Atenção hospitalar e básica”; e o terceiro “Prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar: limites e potencialidades”.

5.1 CATEGORIA 1 - CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE INTEGRALIDADE DO CUIDADO: ENTRE O SABER E O AGIR

5.1.1 Caracterizando os Participantes do Estudo

Para melhor compreensão do cenário estudado, acredita-se ser necessário fornecer algumas informações acerca dos participantes deste estudo. A seguir, apresentar-se-ão dados relacionados ao sexo, idade, tempo de atuação nas áreas de atenção hospitalar e básica, além

de especialização na área de atuação.

5.1.1.1 Distribuição dos participantes: sexo

Todas as 07 participantes da Atenção hospitalar/UIP pertencem ao sexo feminino e somente 01 participante da atenção básica/ESF, dentre os 06 entrevistados, do sexo masculino. Assim 92.3% dos participantes correspondem ao sexo feminino, retratando a questão do gênero, muito presente na enfermagem.

5.1.1.2 Distribuição dos participantes: faixa etária

Na atenção hospitalar, a faixa etária dos enfermeiros está limitada: 71.4% encontram-se na faixa de 30 a 39 anos, com 05 profissionais; 14.2% (01) encontram-se na faixa de 40 a 49 anos e 14.2% (01), na faixa maior de 50 anos. Assim, a maioria dos profissionais, 85.6%, possui idade inferior a 40 anos.

Na Atenção básica, a faixa etária dos enfermeiros está limitada: 33,3% (02) encontram-se na faixa entre 20 e 29 anos; 33.3% na faixa entre 30 e 39 anos e 33.3% na faixa maior que 50 anos. Pode-se notar que a maior prevalência etária, dos enfermeiros da Atenção básica, encontra-se na faixa etária entre 20 e 39 anos, perfazendo um total de 66.6%.

De um modo geral, pode-se notar que a maior prevalência etária dos participantes da Atenção hospitalar e básica encontra-se entre 30 e 39 anos, com 53.8% do total dos participantes.

5.1.1.3 Distribuição dos participantes: tempo de atuação

Em relação ao tempo de atuação dos participantes da Atenção hospitalar/UIP: 02 enfermeiras têm entre 0 e 5 anos de atuação; 03 enfermeiras têm entre 6 e 10anos de atuação e 02 enfermeiras têm mais que 15 anos de atuação neste nível de Atenção. Observa-se a prevalência de participantes entre 6 e 10 anos de atuação neste nível de atuação, com 42.8%.

Na Atenção básica: 02 enfermeiros têm entre 0 a 5 anos de atuação; 03enfermeiros têm entre 6 a 10 anos e 01 enfermeiro têm mais que 15 anos de atuação na Atenção básica/ESF. Observa-se a prevalência de participantes entre 6 e 10 anos de atuação nesse nível

de atenção, com 50%.

Assim, 46.1% do número total dos participantes têm entre 6 a 10 anos de atuação em suas áreas específicas: Atenção hospitalar/UIP e Atenção básica/ESF.

5.1.1.4 Distribuição dos participantes: especialização na área de atuação

Através dos dados obtidos, percebe-se que as enfermeiras da atenção hospitalar, apesar de todas (07) possuírem pós-graduação: especialização (02 cursando); 03 especialização e mestrado; 01 especialização e mestrado (curso) e 01 especialização, mestrado e doutorado, nenhuma delas é especialista na sua área de pediatria. Entretanto, a maioria possui experiência prática com mais de 06 anos de atuação.

Já, na Atenção básica, 01 possui residência em Saúde da Família; 02, especialização em Saúde da Família; 02, especialização em Saúde Pública e 01, cursando especialização (fora da área de atuação). Observa-se, então, que a maioria são profissionais com experiência e formação em saúde da família. Isso poderia representar um indicador do perfil desses profissionais a contribuir para a integralidade do cuidado.

5.1.2 Concepções de integralidade do cuidado: entre o saber e o agir

Através de uma intensa pesquisa em estudos acerca do termo integralidade conclui-se que são várias dimensões que a permeiam. Procurar conhecer um único conceito desse termo corre-se o risco de “restringir sua potência de transformação das práticas de saúde.” (BONALDI, 2007, p.53).

Pensa-se ser necessário conhecer, saber, aproximar-se e apropriar-se desse termo em suas diversas dimensões, para então poder agir, fazer acontecer efetivamente e propiciar práticas integrais de saúde no cotidiano.

Nessa perspectiva, é importante se resgatar o debate acerca de integralidade do cuidado, considerando que os profissionais de saúde são, em potencial, articuladores no processo de construção do SUS e consolidação de seus princípios, dentre eles a integralidade. Acredita-se que a construção da integralidade está diretamente relacionada aos profissionais de saúde revestidos de conhecimentos acerca do tema.

Assim, nesta pesquisa, procura-se identificar a concepção acerca de integralidade do cuidado para os enfermeiros participantes da Atenção Básica e Atenção Hospitalar.

5.1.2.1 Integralidade do cuidado: um todo

Quando questionados sobre a integralidade do cuidado, os entrevistados referem-se à algumas dimensões, dentre elas estão: abordagem de atendimento integral: cuidar o todo, da criança, família e seu contexto, de maneira abrangente; o olhar como um ser completo, sem fragmentação; atender todas as suas necessidades; atender em equipe - ação conjunta dos vários profissionais; garantia de articulação da atenção básica e atenção hospitalar para continuidade do cuidado; garantia do atendimento da criança em todos os níveis de atenção. Entretanto, dentre esses, a maioria dos profissionais entrevistados relacionou a integralidade do cuidado principalmente com a idéia de totalidade do cuidado, e, em segundo lugar, com o trabalho em equipe. O que se pode constatar nas falas abaixo:

É vê-lo como um todo. Se a gente pensar na integralidade do cuidado, é a gente não fragmentar essa pessoa e conseguir vê-lo como um todo (E6 ESF).

Enxergar não só partes, queixas (...) (E1 ESF).

Integralidade é ver o ser humano como um todo. Ser psicossocial, então é me envolver com a família, saber a patologia que ele tem, mas não tratar só a patologia. Ver todo o leque que tem ao redor desta criança, desta família. Então eu não posso estar trabalhando só a criança desde que ela foi internada, se o problema provém de um problema social ou psicológico desta família. Então é todo um contexto (E 3 UIP).

Essa realidade reafirma o que Fontoura e Mayer (2006) resgataram em sua pesquisa, quando também identificaram como concepção de integralidade a idéia de totalidade.

Apesar de os profissionais entrevistados entenderem integralidade do cuidado como idéia de totalidade, observa-se nas falas uma preocupação dos enfermeiros em realizar um atendimento integral em sua rotina diária, porém, cada um em seu nível de atenção à saúde: atenção básica e atenção hospitalar. Observa-se claramente a existência de uma lacuna na articulação do sistema, demonstrando assim um cuidado fragmentado. Nessa visão, a construção da integralidade torna-se distante, à medida que cada enfermeiro trabalha em seu mundo. Como se pode ver na fala abaixo:

Enfermeira do hospital é enfermeira do hospital e ponto final, a

enfermeira do posto é outra, então não tem nenhuma ligação, nenhuma comunicação (E 5 ESF).

Concorda-se com Fontoura e Mayer (2006), quando colocam que os enfermeiros devem buscar em seu cotidiano uma construção de práticas de atenção integral à saúde, procurando atender o indivíduo como um todo. Para os autores, a integralidade da assistência é vista como alicerce para se obter uma melhor assistência.

Para Alves (2005), a integralidade é contrária à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional deve ser totalizante e a assistência deve ir além da doença.

Cecílio e Merhy (2005, p. 197), ao procurarem construir uma definição de integralidade da atenção no hospital, concluem como “o esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados hospitalares”.

Entende-se que esse cuidado é extremamente importante, mas não o suficiente para a concretização da integralidade, pois se faz necessário a articulação dos sistemas para que a qualidade da assistência não seja prejudicada e efetivamente ocorra um cuidado integral. Um cuidado integral transpõe o cuidado realizado nas instituições de saúde, local de trabalho do sujeito trabalhador de enfermagem, seja no hospital, seja na unidade local de saúde, formando assim uma ponte entre os sistemas.

De acordo com Pinho (2006), quando a integralidade não é compreendida em toda sua magnitude, a qualidade do cuidado pode ser questionada.

Assim, no processo de trabalho de enfermagem na alta da criança hospitalizada, percebe-se que a integralidade, muitas vezes, é vista em uma dimensão individual que, conforme Silva (2004) está relacionada à intensidade do cuidado no momento de atenção a saúde.

5.1.2.2 Integralidade do cuidado: articulação do agir

Nesta pesquisa, a integralidade do cuidado, ainda que menos evidente, também foi vista de uma forma mais ampla pelos sujeitos trabalhadores de enfermagem, em uma dimensão sistêmica.

Constata-se que a articulação dos diferentes níveis de atenção à saúde, representada

neste estudo por atenção básica e atenção hospitalar, não aparece na maioria das falas dos entrevistados, seja do profissional da atenção básica ou hospitalar. A minoria dos enfermeiros cita a articulação dos sistemas como concepção de integralidade, distanciando-se assim da dimensão sistêmica da integralidade. De acordo com Silva (2004), nessa dimensão a integralidade é percebida por ações articuladas em rede, em que a coordenação do cuidado é promovida entre os diferentes serviços de saúde.

Apesar de uma pequena parcela, alguns enfermeiros percebem que a integralidade do cuidado está vinculada diretamente à articulação dos sistemas, contudo reconhecem a ausência desta em seu cotidiano da prática em saúde. Nessa perspectiva, entendem a integralidade além de uma dimensão individual, como dimensão sistêmica. Como se pode ver nas falas abaixo:

Mas eu garantir todos os níveis para esta pessoa, família, criança, isto é integralidade (E6 ESF).

Então eu acho que deve haver uma articulação assim pra que a gente consiga cuidar de uma maneira mais abrangente. [...] porque não adianta tu vai cuidar aqui, tu vai curar o que ta apresentando aqui naquele momento, tu vai apagar o fogo mais a coisa não vai acabar (E 4 UIP).

Alguns relatos dos entrevistados nos trouxeram a idéia de ausência de articulação dos sistemas. Houve relatos em que os enfermeiros expressam uma preocupação com a continuidade da assistência e concordam com a necessidade de uma integração sistêmica, apesar de não a praticarem.

A falha existente no processo de referência e contra-referência entre atenção hospitalar e atenção básica afeta diretamente a qualidade das ações em saúde, em especial na pós-alta da criança hospitalizada, podendo ocorrer uma reinternação devido a essa falha na articulação dos sistemas. Acredita-se que uma contra-referência efetiva favorece a integralidade do cuidado.

5.1.2.3 Integralidade do cuidado: o acesso

Nessa trajetória, em direção à construção da concepção de integralidade para os enfermeiros da atenção hospitalar um termo resgatado foi o acesso aos vários níveis de atenção.

Eu entendo como cuidado em todos os níveis de atenção, a pessoa ter esse acesso, a porta de entrada sendo a atenção básica, mas também ter garantido esse cuidado, esse direito à saúde no nível secundário e terciário e ter esse acesso. Seria um cuidado integral acontecer começando pela atenção básica e voltando pra atenção básica. Tendo garantido esses outros níveis de atenção, mas sendo aqui a base (E3 ESF).

Isso nos remete ao que Connil (2004) diz sobre a avaliação de a integralidade ser associada ou, às vezes, confundida com medidas de acesso. Entretanto, para a autora, somente o acesso sem equidade em seu uso não terá efetividade, bem como, não é interessante um acesso a cuidados parcelares e sem continuidade. O ideal seria acontecer um acesso a um sistema de cuidados integrais.

O “acesso per si”, não garante a integralidade, sendo que esta depende de outros pontos para a sua materialização (SILVA, 2003, p.239).

Porém, concorda-se com Starfield (2002), quando este coloca que a acessibilidade e a continuidade são elementos estruturais necessários para se alcançar a integralidade.

Outro termo resgatado em alguns dos relatos foi a atenção básica, apontada como porta de entrada para outros níveis de atenção, o que vem ao encontro do modelo tecno-assistencial proposto na Reforma Sanitária Brasileira, cujo sistema piramidal segue níveis hierarquizados. Entretanto, na prática percebe-se ser visível que este modelo nem sempre é aplicado.

Mas pra acontecer a rede deveria estar mais articulada, às vezes a porta de entrada já vira o hospital (E 3 PSF).

Essa afirmativa confirma a visão de Cecílio (1997), de que a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada, o que vem sendo ocupado pelos hospitais públicos. Na insuficiência de um atendimento integral na Atenção básica o usuário procura diretamente a Atenção hospitalar, contrapondo assim o princípio da hierarquização. Entende-se que em alguns casos existe a necessidade de se buscar um atendimento diretamente a nível hospitalar, entretanto, é fato que, muitas vezes, existe uma busca indevida por esses serviços.

A Atenção básica é um componente fundamental dos sistemas de saúde, tendo como papel a prestação direta de todos os serviços necessários. Mesmo que não ofereça todos os serviços, esta deve reconhecer a necessidade relacionada à saúde do paciente e disponibilizar os recursos, providenciando ou coordenando a prestação de serviços em outros locais. A

integralidade é um atributo da Atenção Básica (STARFIELD, 2002).

Na perspectiva da integralidade, os enfermeiros devem trabalhar buscando a organização dos serviços de saúde sustentados no acesso universal, na equidade e na integralidade do cuidado (FONTOURA; MAYER, 2006).

5.1.2.4 Integralidade do cuidado: o agir com o outro

Outra concepção acerca da integralidade do cuidado identificado nas falas dos enfermeiros entrevistados foi o agir com o outro, o trabalho em equipe, conforme é percebido abaixo:

Eu acho que integralidade é quando todos os profissionais da área da saúde conseguem trabalhar em equipe mesmo, tendo como objetivo comum o cuidado daquela criança (E2 UIP).

O sujeito trabalhador de enfermagem expressa a integralidade do cuidado produzida no agir entre vários saberes.

A atenção integral se concretiza com o trabalho de uma equipe multidisciplinar e a atuação interdisciplinar à família e comunidade (HENRIQUES, 2005). Somente no agir com o outro é que são produzidas práticas de integralidade em saúde (GOMES et al, 2007).

Para Louzada et al (2007, p. 39), a integralidade “pressupõe encontro entre fazeres e saberes efetivos” dos vários profissionais, o que exige colocar em discussão o trabalho em equipe

A própria atuação dos enfermeiros em seus distintos locais de trabalho, neste caso as Unidades Locais de Saúde e Unidade de Internação Pediátrica, apontam para o trabalho em equipe, porém cada qual em sua esfera de atenção. Alguns enfermeiros da atenção básica, ainda que em número reduzido, realizam discussão de casos com o médico da família. Procura através destes estudos de caso conhecer melhor o indivíduo, conhecer “um todo”.

Então a gente senta a gente faz discussões de alguns casos. Aqui na Unidade a gente tá tentando justamente socializar os conhecimentos pra que todo mundo tenha um pouquinho, saiba um pouquinho do que o outro possa fazer, sem claro invadir né. “Não, isso aqui é papel realmente do enfermeiro, tem mais qualificação pra tá fazendo essas orientações” e a gente não vai fazer uma receita, né, não vai sair fazendo diagnóstico. Mas discutir o caso, trabalhar em equipe, discutir o caso, conhecer aquele individuo de uma forma, de um todo (E2 ESF).

No Município pesquisado, as equipes de ESF contam também com equipes de apoio em cada uma de suas Regionais de Saúde, hoje identificadas por distritos sanitários. Dentre as especialidades está a pediatria, que deve matriciar as equipes de ESF com relação às crianças de maior risco.

[...] criança é realmente um indicador de maior monitoramento pela Estratégia Saúde da Família, seja pelo Agente de Saúde, começando por eles, pelos enfermeiros, pelos médicos e conseqüentemente integração do pediatra que deve matriciar as equipes de saúde da família em relação às crianças que tem maior risco. Isto é uma proposta que a gente vem trabalhando também que é a questão do matriciamento na pediatria para que não fique só estratégia de saúde da família ao cuidado da criança, mas que se integre a pediatria com a estratégia saúde da família (E 6 ESF).

As entrevistas mostraram que os profissionais da atenção hospitalar e atenção básica acreditam que vêm atuando em equipe, compartilhando saberes e práticas, o que contribui para a construção da integralidade do cuidado. É importante notar que nas falas fica ressaltada a ausência de um protocolo que articule a atenção básica e hospitalar no processo de alta da criança hospitalizada. Para Gomes et al (2007), os protocolos são apoios e direção para a ação do trabalho em saúde, porém não deve se limitar a ele.

Dentre os profissionais entrevistados, os enfermeiros da atenção básica foram o que mais relacionaram em suas falas o trabalho em equipe enquanto concepção de integralidade do cuidado. A atuação em equipe, bem como, o acesso Universal – acolhimento; assistência Integral e Resolutiva, abordagem completa do indivíduo, articulando e disponibilizando os diversos recursos e níveis de atenção, são considerados princípios mínimos das Diretrizes do Processo de Trabalho nestas Unidades Locais de Saúde do município pesquisado.

Na atenção hospitalar, apesar de somente dois dos sujeitos trabalhadores de enfermagem terem relacionado trabalho em equipe como concepção de integralidade do cuidado, ficou visível uma prática de trabalho em equipe, o qual inicia desde a chegada da criança/família na unidade até a alta hospitalar propriamente dita. O enfermeiro é visto por ocupar uma posição privilegiada neste processo, à medida que passa a maior parte da internação junto à criança.

Concorda-se com Matos e Pires (2002) quando colocam que a organização do trabalho de Enfermagem implica nas relações, dentre outras, dos profissionais de enfermagem entre si e com outros profissionais; com os usuários do serviço de saúde e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde.

No contexto estudado, apesar das dificuldades, os profissionais vêm buscando caminhar rumo à integralidade do cuidado, em sua maioria procurando trabalhar em equipe, produzindo cuidados integrais, agora em suas esferas de trabalho, mas desafiados a estabelecer relações e a construir pontes entre a atenção hospitalar e básica.

A forma como essas concepções vão se expressar no trabalho concreto, em limites e possibilidades com maior ou menor potencialidade estratégica para o desafio da integralidade é o que foi estudado nas categorias a seguir apresentadas.

5.2 ARTIGO 1 - INTEGRALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Artigo a ser submetido à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo E). A Carta de Submissão e a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais encontram-se no Anexo F.

INTEGRALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA**COMPREHENSIVE HEALTH CARE: REVIEW OF LITERATURE****LA INTEGRALIDAD EN LA SALUD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**Raquel V.G. de Oliveira da Silva¹Flávia Regina Souza Ramos²**Artigo de revisão**

Autor principal:

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva

Rua Elpídio da Rocha, 345 – Rio Tavares

CEP 88048-398 Florianópolis – SC

Telefone (residencial): (48) 32374151

Celular: (48) 91176097

E-mail: raquelenfer@yahoo.com.br

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família. Membro do Grupo de Pesquisa – PRAXIS- PEN/UFSC.

² Enfermeira, Pós-Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Líder do Grupo de Pesquisa - PRAXIS - PEN/ UFSC.

INTEGRALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA**COMPREHENSIVE HEALTH CARE: REVIEW OF LITERATURE****LA INTEGRALIDAD EN LA SALUD: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Resumo: Foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de identificar e analisar estudos acerca da integralidade no contexto da reorganização dos sistemas de saúde. O levantamento bibliográfico abordou publicações nacionais, sendo identificados 16 artigos que compuseram o corpus do estudo. Dos resultados emergiram a integralidade em quatro eixos temáticos: Sentidos e significados da Integralidade; Eixo Integrador dos Sistemas de Saúde e Integralidade; Formação Profissional e Integralidade e; Trabalho em Equipe e Integralidade. Evidenciou-se que o interesse dos profissionais pelo tema vem crescendo e embora seja um importante princípio do SUS, a integralidade nem sempre é conhecida e praticada pelo profissional de saúde.

Palavras- chave: assistência integral a saúde; enfermagem

Abstract: There was a revision of literature with the objective to identify and analyze studies surrounded by integrality in the context of re-organization of the health system. The bibliography survey addresses national publications, out of which 16 articles were identify that composed the structure of the study. Out of the results, integrality emerges into four theme axes: Senses and the signification of integrality; the integral axes of the health system and integrality; Professional formation and Integral; Working as a team and Integrality. Which showed up that the interest of the professionals on the theme is growing though it is an important beginning of SUS, the integrality is not always known and practiced by health professionals.

Key words: Comprehensive Health Care, Nursing

Resumen: En el presente artículo se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar y analizar los estudios sobre la integralidad en el contexto de la reorganización de los sistemas de salud. La revisión bibliográfica fue hecha con publicaciones nacionales, en las cuales se identificaron 16 artículos que formaron el corpus del estudio. De los resultados obtenidos, la integralidad surgió a partir de cuatro ejes temáticos, a saber: Sentidos y significados de la integralidad; Eje integrador de los sistemas de salud e integralidad; Formación profesional e integralidad; Trabajo en equipo e integralidad. Se pudo concluir que el interés de los profesionales por el tema está aumentando, y aunque la integralidad es un importante principio del SUS ni siempre es reconocida y practicada por los profesionales del área de la salud.

Descriptores: Asistencia integral en salud, enfermería

Introdução

A Constituição Nacional de 1988 afirma que as ações e os serviços de saúde constituem uma rede, devendo ser organizada segundo as diretrizes: atendimento integral, descentralização da gestão e participação popular. Com a Constituição, a proposta da integralidade em saúde começou a tomar força.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido como uma nova formulação política organizacional para redimensionamento dos serviços e ações de saúde estabelecidas pela Constituição do Brasil. Conforme a LOS nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, sua construção é nortada pelos seguintes Princípios e Diretrizes: Universalidade, Igualdade, Integralidade, Hierarquização, Regionalização, Resolutividade, Descentralização, Complementaridade do setor privado e Participação dos cidadãos⁽¹⁾.

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a integralidade, assim como os demais princípios, deve ser pensada como uma ferramenta para organizar as práticas em

saúde. É considerada um termo novo no setor saúde e vem sendo encontrada designando várias dimensões e sentidos.

Considera-se que a integralidade é um dos princípios do SUS mais difíceis de serem atingidos plenamente ⁽²⁾, mas, do qual se deve buscar a aproximação. Como um componente do discurso que tem fundamentado o processo de mudança na forma de organizar e ofertar os serviços de saúde, é fundamental conhecer as diversas concepções e sentidos expressos pelos profissionais de saúde, bem como o contexto da produção científica sobre esse conceito.

Com base nisso, esta pesquisa tem o objetivo de identificar estudos acerca da integralidade em saúde, e, mais especificamente, identificar e analisar concepções sobre integralidade em saúde voltadas para o processo de trabalho de enfermagem e sua articulação nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Além disso, traz a integralidade como eixo de discussão buscando contribuir na construção do SUS e consolidação de seus princípios.

Método

A revisão de literatura prevê um resumo crítico de pesquisa sobre o tema de interesse, procurando colocar o problema de pesquisa em certo contexto, bem como identificar falhas em estudos anteriores, justificando assim uma nova investigação ⁽³⁾.

Um dos tipos de revisão de literatura é a revisão integrativa, que leva a uma ampla análise da literatura e contribui para discussões sobre os métodos e resultados de pesquisa, bem como reflexões sobre futuras pesquisas. Considera-se que seguir padrões de rigor e clareza faz-se necessário, tendo em vista proporcionar ao leitor a identificação das características reais do estudo revisado ⁽⁴⁾. Embora já contando com modelos analíticos e passos sistematizados ⁽⁵⁾, a revisão integrativa, assim como a proposta da revisão sistemática, limita sua aplicação à análise de resultados de pesquisa. Assim, estudos que também se

baseiam em procedimentos sistemáticos de busca a análise, mas que se focam tanto em produções teórico/conceituais, quanto em investigações, dificilmente atendem todos os requisitos desses tipos de revisão.

Considerando tais limites e, também, a importância de promover a apreensão teórica de conceitos e proposições teóricas advindos de diferentes tipos de estudo, uma vez que estes fundamentam discursos e práticas no campo da saúde, é que critérios já validados da revisão Integrativa ⁽⁵⁾ foram adaptados ao presente estudo, especialmente em relação às etapas de seleção da questão temática, definição dos critérios para a seleção dos estudos (amostra), análise dos dados e apresentação da revisão.

O levantamento bibliográfico foi apoiado na necessidade da construção de conhecimentos acerca da integralidade em saúde, a partir do reconhecimento do estado atual da produção científica sobre seu próprio conceito e efetivação prática.

Considerando o objetivo referido, foram utilizados como critérios de seleção os estudos que abordassem a temática integralidade em saúde; os estudos publicados em periódicos nacionais indexados nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e BDEF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e; os estudos publicados em periódicos nacionais até 2008 (sem outra delimitação de tempo), cujas bases de dados foram acessadas através da BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde) – Biblioteca Virtual em Saúde.

Em relação aos procedimentos para busca e seleção dos artigos, foram seguidas algumas etapas. No primeiro momento, foram identificados os descritores (assistência integral a saúde, enfermagem) junto à base da BIREME (DeCs). A dificuldade dessa etapa foi de redirecionar a busca substituindo o termo integralidade (inexistente) pelo descritor assistência integral à saúde, o que levou a ampliar o número de artigos levantados uma vez que atingiu temas e interesses

que extrapolaram o objeto eleito.

Através da busca por esse descritor nas bases de dados, foram levantados 944 estudos indexados no LILACS e 34 estudos indexados no BDENF, totalizando 978 estudos. Realizou-se também uma busca com o seguinte agrupamento dos termos: assistência integral à saúde and enfermagem e assistência integral a saúde and integralidade, identificando então 137 estudos. Assim, finalizou-se a busca com um total de 1115 estudos. Após, foi realizada busca avançada pelos estudos, através de uma atenta leitura dos títulos, objetivos e resumos, com a finalidade de selecionar apenas estudos relacionados ao foco proposto, verificando assim, a aproximação com o tema.

Foram excluídos, além dos estudos que não estavam relacionados com o tema do estudo, as produções duplicadas e estudos que não continham resumos.

Nesse momento, o processo seletivo foi rigoroso e implicou na exclusão da maior parte dos artigos levantados, pois o objetivo foi de coletar um acervo que respondesse ao foco eleito, ou seja, concepções sobre integralidade em saúde voltados para o processo de trabalho de enfermagem e/ou para sua articulação nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. Dessa forma, a amostra final foi composta por 16 estudos científicos publicados acerca do tema, em território nacional.

Dos estudos selecionados, considerou-se algumas categorizações que foram ordenadas, originando assim uma tabela: nome do autor, título do estudo, periódico, ano de publicação, metodologia e objetivos. Essa tabela foi o instrumento utilizado para a coleta dos dados, atendendo critérios de sistematicidade.

Resultados e Análise dos Dados

Os 16 estudos selecionados constituíram a fonte essencial de análise e passaram por uma nova leitura mais criteriosa, com a finalidade de preencher o instrumento de coleta de dados e

extrair a delimitação de diferentes contextos na temática integralidade. Esses estudos foram numerados de 1 a 16 e separados por diferentes cores, conforme contexto temático, para facilitar a visualização na tabela. Em anexo (I), encontram-se as referências bibliográficas.

Na tabela 1, está representada a frequência total dos estudos encontrados, dos estudos selecionados, bem como suas referidas fontes de indexação, conforme descritores selecionados.

Tabela 1 – Distribuição dos estudos segundo descritor e fonte de indexação, SC, 2008.

	Descritor 1	Agrupamento de Descritor 1	Agrupamento de Descritor 2	Total	Selecionados
	Assistência integral à saúde	Assistência integral à saúde and Enfermagem	Assistência integral à saúde and integralidade		
LILACS	944 89.3%	52 4.9%	61 5.8%	1057 94.8%	16 1,5%
BDENF	34 58.6%	21 36.2%	03 5.2%	58 5.2%	--
TOTAL	978 87.7%	73 6.6%	64 5.7%	1115 100%	16 1.4%

Através dos dados da tabela 1, pode-se observar a importância da base de dados LILACS, na qual foram encontrados 94.8% (1057) do número total de artigos.

Observa-se que dos 16 estudos selecionados, 16 constavam na base de dados LILACS e 12 constavam nas duas bases de dados pesquisadas - LILACS e BDENF, sendo considerados em apenas um dos bancos de dados. O fato do estudo não ter se limitado à base de área específica (Enfermagem/BDENF), permitiu ampliar sua abrangência (de 12 para 16) e significou uma exaustiva seleção (16 artigos de um corpus de 1115), ou seja, a inclusão de 1,4% de artigos.

Na tabela 2, considera-se o número e a porcentagem dos estudos em relação ao ano de publicação.

Tabela 2 - Distribuição dos estudos segundo o ano de publicação, SC, 2008

ANO	N	%
2001	01	6.25
2002	01	6.25
2003	02	12.50
2004	04	25.00
2005	01	6.25
2006	03	18.75
2007	04	25.00
TOTAL	16	100

No que se refere ao ano de publicação, percebe-se que em 2004 e 2007 houve um maior número de publicações, alcançando 25% da publicação total. A segunda maior frequência foi em 2006 com 18.75% das publicações. De um modo geral, a produção demonstra uma tendência de crescimento e uma preocupação por parte dos profissionais de saúde em despertar uma reflexão sobre a prática da integralidade.

Na tabela 3, considera-se o número e a porcentagem dos estudos em relação ao periódico de publicação.

Tabela 3 – Distribuição dos estudos segundo o periódico de publicação do estudo, SC, 2008

PERIÓDICOS	N	%
Livro	01	6.25
Revistas	12	75.00
Teses e dissertações	03	18.75
TOTAL	16	100

Em relação ao periódico de publicação, as revistas destacam-se com 75% do total destas. Dentre estas, o Caderno de Saúde Pública tem o maior número de publicações, perfazendo 25% do total. Em segundo lugar, o periódico Saúde e Debate com 18,75% das publicações e após, a Revista Brasileira de Enfermagem com um percentual de 12,5% das publicações. Já, as teses e dissertações obtiveram 18.75% das publicações total. Apesar de o livro representar 6,25% das publicações, é importante ressaltar que este contribuiu com uma coletânea de dez textos.

Esses dados estão provavelmente relacionados com a importância do tema para o *campus* multiprofissional de conhecimento e prática como a saúde pública. Alguns dos estudos selecionados revelaram que, nesses últimos anos, apesar de o sistema de saúde ter avançado como um todo, a integralidade é um dos princípios do SUS com pouca visibilidade. Essa situação vem gerando preocupação nos profissionais de saúde, e despertando interesse nesse foco de pesquisa, o que se reflete nas publicações.

Quanto ao delineamento metodológico, metade dos estudos, 08 (50%) não continham em seus resumos de qual foi o delineamento do estudo utilizado, e 08 (50%) utilizaram a abordagem qualitativa. Dos estudos que utilizaram a abordagem qualitativa, referiram desenhos descritivo (02), exploratório (01), estudo de caso (01), hermenêutica-dialética (01) e (03) não descreveram qual o método específico.

Considera-se importante realizar uma atenta análise aos objetivos dos estudos selecionados, pois a declaração dos objetivos é parte essencial da pesquisa, visto que é ele quem direciona a mesma e, busca esclarecer o que é pretendido com a pesquisa ⁽⁶⁾, de forma clara e concisa ⁽⁷⁾. Ao se analisar os objetivos dos estudos, percebe-se que 12 (doze) estudos explicitaram seus objetivos de maneira clara e concisa, 03 (três) não estavam descritos de maneira clara, e 01 (um) não citou o objetivo do estudo. O que se pode apreender é que destes, 08 se referiam a objetivos de investigação/avaliação, 06 se referiam a artigos de reflexão/ensaio e 02, revisão literatura.

Dos contextos identificados nas publicações analisadas, destacam-se os seguintes eixos temáticos: Sentidos e significados da Integralidade; Eixo Integrador dos Sistemas de Saúde e Integralidade; Formação Profissional e Integralidade; e Trabalho em Equipe e Integralidade.

Na tabela 4, apresenta-se a distribuição e identificação dos estudos, respectivamente, conforme os eixos temáticos identificados.

Tabela 4 – Distribuição e identificação dos estudos segundo eixos temáticos, SC, 2008

EIXO TEMÁTICO/INTEGRALIDADE	N	%
Sentidos e significados	06	37.50
Eixo integrador dos Sistemas de Saúde	05	31.25
Formação Profissional	04	25.00
Trabalho em Equipe	01	6.25
Total	16	100

A seguir, apresentam-se os estudos nos respectivos eixos temáticos.

Integralidade: Sentidos e Significados

Dos estudos analisados, seis (6) procuraram identificar sentidos e significados da integralidade. Nesse contexto, dois estudos investigaram acerca do conhecimento e significados dos profissionais enfermeiros sobre a Integralidade em Saúde, de maneira a refletir sobre essa interface nas relações de trabalho^(2, 8).

A integralidade é uma das diretrizes mestras da reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. É o próprio caminho que transforma as pessoas e constrói algo melhor⁽⁸⁾. Dentre os diversos sentidos da integralidade está o direito universal do usuário de atendimento de suas necessidades de saúde. Outro sentido é vislumbrado na prática do cuidado, do acolhimento e da humanização, como instrumentos para que tanto os profissionais como os serviços de saúde prestem uma assistência integral – alicerces da Integralidade em saúde⁽⁸⁾.

A Integralidade enquanto princípio do SUS é vista como idéia de totalidade e a maioria dos pesquisados relataram que ela faz parte de suas práticas no cotidiano, seja no acolhimento, nas visitas domiciliares e ou reuniões de equipes. É percebida como prioridade na assistência à saúde pela maioria dos pesquisados, porém é reconhecido que, muitas vezes, isso não é a realidade vivenciada. Um atendimento integral favorece uma melhor qualidade da assistência nos serviços de saúde e, assim, deveria estar presente na prática de todos os profissionais de “forma personalizada”⁽⁸⁾.

Num segundo estudo, é referido que alguns enfermeiros reconhecem integralidade como “atender o paciente como um todo, de forma holística e globalizada” e ; outros desconhecem e/ou confundem o significado de integralidade, sendo que, nem todos aplicam em sua prática⁽²⁾.

Na busca da compreensão dos “sentidos e significados da Integralidade do cuidado em saúde no processo de trabalho” ^(9:20), na análise dos dispositivos que orientam o cuidado integral à saúde e na identificação das implicações da integralidade do cuidado à saúde no decorrer do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, desvelou-se que as práticas de saúde desenvolvidas em algumas equipes de saúde da família estão em contradição ao que se propõe o atendimento integral. Os profissionais de saúde da família ainda apresentam características do modelo hegemônico ⁽⁹⁾.

Essas características vêm sendo reproduzidas e mantidas por esses profissionais, o que vem somando como fator limitante para a construção da Integralidade no setor saúde. Daí reafirma-se a necessidade da implementação de uma política de formação articulada à prática, para todos os trabalhadores de saúde envolvidos ⁽⁹⁾.

Em uma discussão sobre a construção da integralidade da atenção, “entendida como princípio norteador das ações e dos serviços de saúde, nos diversos níveis do sistema, propõe-se “um olhar sobre os sentidos, significados e valores atribuídos às categorias necessidade, demanda e oferta”, aumentando as noções necessárias à materialização da integralidade ^(10:234).

Na busca de uma discussão sobre o significado de integralidade na prática de alguns serviços e sistemas de saúde, analisando metodologias para sua operacionalização, é argumentado que um passo importante seria o monitoramento de algumas das diretrizes básicas da política de saúde na prestação dos serviços, dentre elas, a integralidade da atenção ⁽¹¹⁾. A Integralidade é identificada como um conjunto amplo de ações, um acompanhamento ampliado e diferenciado dos indivíduos, sendo que, o acesso e a própria integralidade são utilizados como categorias operativas ao avaliar a implantação do Programa de Saúde da Família em um município de Santa

Catarina, selecionando variáveis da estrutura e do processo de atenção. São detectados problemas em decorrência da deficiência de recursos humanos e na referência para serviços especializados, que podem comprometer vantagens obtidas na Integralidade⁽¹¹⁾.

O último estudo deste eixo temático reflete sobre as manifestações ou os signos da integralidade na prática em saúde, feita com um duplo propósito: facilitar o reconhecimento de experiências que estejam avançando no que diz respeito à integralidade e contribuir para que cada vez mais atores se engajem na construção de práticas pautadas pela integralidade⁽¹²⁾. Alguns questionamentos são levantados acerca da integralidade, dando especial atenção aos atributos das práticas de saúde e ressaltando que a integralidade ainda não alcançou a visibilidade que se deseja⁽¹²⁾.

De uma maneira geral, os estudos mostram que os profissionais de saúde percebem integralidade como idéia de totalidade e, apontam a importância da aplicabilidade de uma atenção integral na prática, porém reconhecem que nem sempre a executam. Além disso, citam que a integralidade deve fazer parte do cotidiano das práticas em saúde, como “alicerce”, “pilar”, “caminho transformador”. Contudo, investir em capacitação, formação acadêmica e estimular os profissionais para essa prática, contribuiria na construção desse princípio.

Integralidade – Eixo integrador entre serviços de saúde

Dos estudos analisados, cinco (05) deles reportam-se a integralidade como eixo integrador de serviços de saúde.

Um dos estudos destaca a necessidade de busca da integralidade nas ações em saúde através de tecnologias de gestão que reduzam a fragmentação existente entre os diversos serviços. Procura sistematizar algumas bases teórico-conceituais de um sistema integrado e identificar os efeitos, limites e potencialidades desse projeto como contribuição à discussão da

integralidade na atenção à saúde. Como resultado, indica a “institucionalização de novas práticas” dos profissionais de saúde, “demonstrando novas possibilidades de microgestão no movimento real da assistência à saúde para a construção da integralidade”^(13:14). Além disso, levanta como questões limitantes o desenvolvimento de uma maior cooperação formal entre indivíduos, equipes ou serviços, através da contratualização nos serviços públicos de saúde, criando-se paulatinamente uma cultura regulatória e a incorporação, na prática cotidiana, da gestão da clínica, ampliando-se o foco da gestão também para os fins ou resultados⁽¹³⁾.

Outro estudo apresenta uma metodologia para avaliação da integralidade em sistemas locais de saúde. Parte da indagação quanto aos atributos de um sistema municipal necessários para o cumprimento da diretriz constitucional de integralidade da atenção. E, também, constrói conceitos operacionais para a integralidade com quatro dimensões: “primazia das ações de promoção, garantia da atenção nos três níveis de complexidade de assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação, e abordagem integral de indivíduos e famílias”^(14:37).

Objetivando a apreensão “teórica e empírica de princípios, mecanismos e desenhos organizacionais que possam contribuir para a operacionalização da diretriz finalística do Sistema Único de Saúde”, é desenvolvida uma análise à luz de propostas de modelos de atenção introduzido em práticas municipais, nas “dimensões política ético-normativa, tecnológica e no plano organizacional-gerencial”⁽¹⁵⁾. Após um levantamento acerca da expressão “integralidade em saúde” e seu equivalente, é realizado um estudo em uma secretaria municipal de SC, o qual mostrou que o modelo de atenção, utilizada por esta, vêm de encontro com o princípio e diretriz da integralidade em saúde⁽¹⁵⁾.

Visando contribuir para a elaboração de estratégias de melhoria da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), são levantados “resultados de avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) realizada em dez grandes centros urbanos quanto à conformação de sistema

integrado”, analisando a unidade de saúde da família (USF) como porta de entrada e sua articulação a outros níveis de atenção ^(16:279).

O último estudo desse eixo temático descreve uma experiência de integração entre serviços de saúde, de Projeto desenvolvido no Espírito Santo. Procurando analisar sua contribuição para o desenvolvimento de práticas de cuidado integral, identificou potencialidades referentes ao cuidado materno infantil, à educação permanente em saúde e à Estratégia de Saúde da Família, bem como dificuldades de instituir projetos terapêuticos de forma integrada entre os profissionais do Programa Saúde da Família e profissionais do centro de especialidades ⁽¹⁷⁾.

Nesse eixo temático, a integralidade é reconhecida como eixo integrador entre os serviços de saúde, percebida em uma dimensão sistemática. Nos estudos analisados, fica identificado um sistema de serviços de saúde fragmentado, havendo necessidade de novas práticas, focadas na integração da organização desses serviços, em busca da integralidade das ações. Em sua maioria, apontam como um forte agente facilitador da construção de um sistema integrado, e porta de entrada ao sistema, a Estratégia de Saúde da Família.

Integralidade – Formação profissional

No contexto Integralidade no campo da formação profissional, foram levantados quatro (4) estudos.

Destes, um deles busca compreender “a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado na saúde” ^(18:488). Outro argumenta a legitimidade legal, técnica e política para a formulação de uma política de Estado e tem por objetivo “ordenar a formação de profissionais em consonância com as necessidades de saúde da população”, e, coloca a integralidade como eixo para propor e apoiar mudanças na formação de profissionais ^(19:1409). Um terceiro estudo busca refletir acerca do princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação

em saúde, entendendo a “integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade”^(20: 336). Nesse contexto, ressalta a importância das ações de educação em saúde como estratégia integradora de um saber coletivo capaz de traduzir a autonomia e emancipação dos indivíduos. E, cita que a educação em saúde no processo de formação, necessita do desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, promotor de ações transformadoras diante de decisões nas práticas profissionais⁽²⁰⁾.

Por fim, o último estudo desse eixo temático reflete de maneira crítica sobre a atenção à saúde, acerca do papel da enfermagem e à atenção básica, “no que tange à efetivação dos princípios do SUS”, como um espaço fértil de atuação e formação profissional^(21:174).

Nesse eixo temático fica evidenciada a preocupação dos autores em desvelar a lacuna existente na formação profissional, na perspectiva desta ser mobilizadora de um agir transformador. Em busca da construção da integralidade como princípio do SUS, e eixo norteador na formação, urge desenvolver um profissional crítico e reflexivo.

Integralidade - Trabalho em equipe

No eixo temático integralidade no campo de trabalho em equipe foi levantada uma coletânea de dez textos que refletem e analisam o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas⁽²²⁾, os quais foram agrupados em três partes, sendo que na primeira dispõe sobre “alguns princípios ético-conceituais” que sustentaram teoricamente a análise de algumas experiências em diferentes regiões do país; a segunda parte traz “alguns desdobramentos conceitual-metodológicos”^(22:15) do tema em questão e, a terceira e última parte pontua “contribuições teórico-metodológicas para estudos sobre trabalho em equipe a saúde e integralidade”^(22:16) a partir de experiências realizadas em diferentes serviços de saúde.

A partir dos textos e suas experiências foi possível perceber em evidência a preocupação dos autores para o objeto de análise e o chamado aos profissionais em saúde para uma reflexão na questão do trabalho em equipe e sua interface com a integralidade.

Conhecer essas experiências desperta interesse e desafia a repensar práticas, valores e saberes em busca da consolidação do SUS, bem como da Integralidade, através de um efetivo trabalho em equipe, o qual, produzido por diferentes profissionais com suas variadas formações, alcança sua potencialidade ao desafiar a articulação desses diferentes saberes e práticas em fazer saúde ⁽²³⁾. É no agir com o outro que as práticas de integralidade em saúde são produzidas ⁽²⁴⁾.

Conclusão

Acredita-se que praticar a integralidade, especificamente em sua articulação nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é um desafio para nós profissionais em saúde. Entende-se que se faz necessário conhecer o que vem a ser essa integralidade em saúde, para então praticá-la no cotidiano.

Nesse sentido, procurou-se identificar na literatura nacional estudos que trouxessem o tema em questão, colaborando, assim, para uma reflexão e incentivo de sua prática pelos profissionais em saúde.

Compreende-se que o presente estudo contribuiu para uma melhor compreensão do termo integralidade em saúde, a partir de modos como este vem se expressando em produções da área, revelando diferentes contextos da integralidade no setor saúde, que, embora não excludentes, elegem pontos cruciais para sua efetivação, voltando-se para o cotidiano das práticas, as concepções dos trabalhadores ou para as circunstâncias da organização dos serviços e do processo de trabalho coletivo.

Nesta trajetória, constata-se que existem poucos estudos acerca de integralidade em

saúde, mas que vem crescendo o interesse dos profissionais pelo tema. Embora seja um importante princípio do SUS, nem sempre é conhecido e praticado pelo profissional de saúde.

Referências

1. Brasil. Lei n 8080 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: Guia do Conselheiro; 2002.
2. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica Enfermagem*; 8(1):42-51, 2006.
3. Pollit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
4. Fernandes LM. Úlcera de Pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
5. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987 Feb; 10(1):1-11.
- 6 Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
7. Creswell JW. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
8. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006 jul-ago; 59(4):532-536.
9. Pires VMMM. Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2007.
10. Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas

contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde Debate* 2003 set.dez; 27(65):234-242.

11. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Caderno Saúde Pública* 2004 set/out; 20(5):1417-1423.

12. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno Saúde Pública* 2004 set-out; 20(5):1411-1416.

13. Silva VC. O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

14. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conil EM Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde Debate* 2002 jan.abr; 26(60):37-61.

15. Kehrig RT. Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

16. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde Debate* 2003 set-dez; 27(65):278-289.

17. Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brás. *Caderno Saúde Pública* 2007 jun; 23(6):1405-1414.

18. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006 jul.ago; 59(4):488-491.

19. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Caderno Saúde Pública* 2004 set-out; 20(5):1400-1410.

20. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Viera NFC, Barroso MGT.

Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência. Saúde Coletiva* 2007 mar.abr;12(2):335-342.

21. Pinheiro R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. *Rev Mineira Enferm.* 2005 abr. jun; 9(2):174-178.

22. Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.

23. Bonaldi C, Gomes RS, Louzada APF, Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p. 53-72.

24. Gomes RS, Herbert F, Pinheiro R, Barros MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p 19-36.

APÊNDICE I

RELAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

1- Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm* 2006 ago; 59(4):532-536.

2 - Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4):488-491.

3- Pinheiro R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. *Rev Mineira Enferm.* 2005 abr. jun; 9(2):174-178.

4- Pires VMMM. Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2007.

5- Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC; 2007.

- 6- Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brás. Caderno Saúde Pública 2007 jun; 23(6):1405-1414.
- 7- Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Viera NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciência. Saúde Coletiva 2007 mar.abr;12(2):335-342.
- 8- Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. Revista Eletrônica Enfermagem; 8(1):42-51, 2006
- 09 Silva VC. O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- 10- Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Caderno Saúde Pública 2004 set-out; 20(5):1411-1416.
- 11- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Caderno Saúde Pública 2004 set-out; 20(5):1400-1410.
- 12- Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conil EM Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde Debate 2002 jan.abr; 26(60):37-61.
- 13- Kehrig RT. Integralidade da atenção à saúde: suas expressões na organização tecnológica do trabalho em serviços locais de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
- 14- Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Saúde Debate 2003 set-dez; 27(65):278-289.
- 15- Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. Saúde Debate 2003 set.dez; 27(65):234-242.
- 16- Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Caderno Saúde Pública 2004 set/out; 20(5):1417-1423.

5.3 ARTIGO 2 - PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ALTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: ARTICULAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR E BÁSICA

Artigo a ser submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo G). A Declaração de Responsabilidade e de Cessão dos Direitos Autorais encontram-se no Anexo H.

**Processo de Trabalho de Enfermagem na alta da criança hospitalizada: articulação da
Atenção hospitalar e básica¹**

**The Nurse work Process in the Discharge of Hospitalized Children: Articulation of basic
hospital attention**

**El Proceso de Trabajo de Enfermería en el alta del niño hospitalizado: la articulación de
la Atención Hospitalaria y la Básica**

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva²

Flávia Regina Souza Ramos³

¹ Pesquisa resultado de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulada: O Trabalho de Enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança – subsídios para a Integralidade, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Assistencial da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Contato: raquelenfer@yahoo.com.br (48) 3237 -4151. End: R. Elpídio da Rocha nº 345. Rio Tavares. Florianópolis-SC. CEP: 88048-398.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do grupo PRÁXIS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Pesquisadora do CNPq. flaviar@ccs.ufsc.br Fone: (48) 3721-9480.

Resumo: Esta pesquisa teve por objetivo conhecer a atuação do enfermeiro no processo de alta da criança hospitalizada, a partir das manifestações destes trabalhadores, atuantes na Atenção Hospitalar e Básica/ESF, na perspectiva da integralidade do cuidado. A proposta metodológica teve a abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo, utilizando entrevistas semi-estruturadas com 07 enfermeiros da atenção hospitalar e 06 da atenção básica. No resultado ficou constatado uma lacuna no processo de trabalho de enfermagem no pós-alta hospitalar da criança, por praticamente não existir a articulação da atenção hospitalar e básica. A atuação do enfermeiro da atenção básica nesse processo não acontece com frequência, pois, dificilmente consegue identificar a criança em alta hospitalar. O agir integral de cada enfermeiro nem sempre consegue ultrapassar seu espaço de trabalho, sendo que os profissionais envolvidos reconhecem que existem limitações em sua atuação nessa articulação, as quais remetem à necessidade de reorganização do próprio trabalho.

Descritores: Assistência integral a saúde, enfermagem, trabalho

Abstract: This study has as an objective to know the actuation of the nursing in the discharge process of a hospitalized child, from the manifestation of the workers, active in the Hospital attention and Attention Basic/ESF, in the perspective of the comprehensive of care. The methodology proposal has the qualitative exploratory-descriptive character approach, utilizing semi-structured interviews with 07 nurses of hospital attention and 06 of basic attention. In the result it was noted the gap in the work process of nursing in the post discharge of the child from the hospital, because practically it does not exist the articulation of the basic hospital attention. The performance of the basic nursing attention in this process does not happens with frequency, where it is difficult to identify the child that is discharge from the hospital. The integral actuation of each nurse does not always overtake his work space. The proper professionals involved admits that limitations exists in their actuation in this articulation, this remits the necessity of reorganization of proper work.

Descriptors: Comprehensive Health Care, Nursing, Work.

Resumen: El objetivo de la presente investigación fue conocer, desde la perspectiva de la integralidad del cuidado, la labor del enfermero en el proceso de alta del niño hospitalizado, a partir de las manifestaciones de esos trabajadores, los cuales laboran en la Atención Hospitalaria y la Básica/ESF. La propuesta metodológica tuvo un abordaje cualitativo, de carácter exploratorio y descriptivo, utilizando entrevistas semiestructuradas con 7 enfermeros de la atención hospitalaria y 6 de la atención básica. El resultado mostró un vacío en el

proceso del trabajo de enfermería en el post-alta hospitalaria del niño, debido a que prácticamente no existe una articulación entre la atención hospitalaria y la básica. En ese proceso, la labor del enfermero de la atención básica no acontece con frecuencia, por lo que difícilmente consigue identificar al niño en el alta hospitalaria. La labor integral de cada enfermero no siempre ultrapasa su espacio de trabajo. Los propios profesionales reconocen que en esa articulación existen limitaciones en su labor que hacen necesaria la reorganización del propio trabajo.

Descriptor: Asistencia integral en salud, enfermería, trabajo

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é um trabalho da esfera não material, tendo como produto final, a assistência de saúde que é produzida. ⁽¹⁾ O processo de trabalho em enfermagem é complementar e interdependente ao processo de trabalho em saúde. O trabalho de enfermagem é realizado por pessoal de enfermagem com diferentes níveis de formação e, dividem entre si esse trabalho, no qual existe uma hierarquização da atuação por “complexidade de concepção e execução”. ⁽²⁾

A Enfermagem é uma prática social, cooperativa, com finalidade básica de atender às necessidades do ser humano, indivíduo que, em seu percurso de vida, procura os serviços de saúde. ⁽²⁾ A enfermagem assiste ao indivíduo em sua integralidade como ser biológico e social. ⁽¹⁾ O desenvolvimento deste trabalho ocorre em vários serviços de saúde, dentre eles encontram-se os hospitais e as Unidades Locais de Saúde (ULS), sendo que, uma das parcelas de atuação da enfermagem ocorre durante a hospitalização e processo de alta da criança/família.

A hospitalização é traumática para a criança e “causa um estado de insegurança e ameaça psíquica”. ⁽³⁾ A criança hospitalizada e em processo de alta hospitalar é um ser fragilizado, especial, que necessita de atenção integral para promoção de sua saúde. Entende-se que a hospitalização e o processo de alta hospitalar constituem um processo difícil para todos os envolvidos, principalmente para a criança/família.

A alta hospitalar é um processo que inclui o período que antecede a saída da criança/família do hospital, o período após a saída desta do hospital, incluindo o seu seguimento pós-alta na comunidade onde vive. Tem na decisão/prescrição médica seu momento de caráter “legal”, mas é um processo que compõe um seguimento assistencial, no qual o enfermeiro ocupa posição privilegiada, por estar mais próximo à criança/família.

Após a alta hospitalar, é necessário que ocorra a continuidade da assistência, quando a

criança/família necessita de suporte do nível da atenção básica a saúde para uma melhor recuperação. Apoiar esse processo da alta hospitalar corresponde a uma das dimensões da assistência daqueles que se preocupam em cuidar dessas crianças, seja dos trabalhadores do hospital ou da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) da respectiva área de abrangência, para a qual a criança/família retorna após a alta. É atribuição do enfermeiro se envolver na alta hospitalar da criança e promover a continuidade da assistência do hospital ao domicílio, uma assistência integrada e comprometida com a saúde da criança. No entanto, esse processo para ser positivo, necessita de integração entre estes dois níveis de atenção: atenção hospitalar e atenção básica.

Entretanto, a organização dos serviços ainda demonstra falta de comunicação entre os diversos níveis de atenção. O enfermeiro profissional que gerencia a Unidade Básica e encaminha os clientes avalia como precário o funcionamento do sistema de referência e contra-referência.⁽⁴⁾

Alguns estudos realizados em dez municípios brasileiros pelo Ministério da Saúde revelaram que, na sua maioria, a realização insuficiente da contra-referência é uma das principais dificuldades referidas pelos gestores municipais do sistema.⁽⁵⁻⁶⁾

A existência não efetiva de um sistema de referência e contra-referência dificulta o processo de articulação entre a unidade hospitalar e as equipes da ESF, bem como a integralidade do cuidado. A falta de informação e as limitações organizacionais do processo de trabalho favorecem uma ruptura na assistência prestada.

O hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, quando o “sistema de saúde” fosse referência em determinadas situações e, após realizar o atendimento, fizesse uma adequada contra-referência, sendo que a alta hospitalar é um “momento privilegiado” para se trabalhar a integralidade.⁽⁷⁾

A ESF pode facilitar a construção de um sistema integrado à medida que valoriza os atributos necessários para uma atenção básica resolutiva, não se esquecendo do princípio da integralidade, o qual garante acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde.⁽⁸⁾

Na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) é norteada por alguns Princípios e Diretrizes.⁽⁹⁾ Destaca-se aqui a integralidade, “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.⁽⁹⁾

A integralidade deve ser percebida em uma dimensão individual, relacionada à intensidade do cuidado no ato de atenção à saúde e em uma dimensão sistêmica, em relação a

uma atenção contínua, através de ações articuladas em rede que promovam a coordenação do cuidado entre os diversos serviços de saúde. Engloba “tanto o modo de produção das ações, isto é, a micropolítica dos processos de trabalho no interior de cada ponto de atenção à saúde, quanto à organização e à articulação dos serviços de saúde em rede – esfera macropolítica”.⁽⁸⁾

A integralidade é uma das diretrizes mestras da reforma do Sistema de Saúde Brasileiro, portanto, deve ser ponto de reflexão o seu alcance, bem como seu limite e efetivação na prática dos serviços em saúde, levando em consideração a eficiência e eficácia do SUS.⁽¹⁰⁾

Este artigo relata parte dos resultados de uma dissertação de mestrado intitulada: O Trabalho de Enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança – subsídios para a integralidade.

OBJETIVO

Conhecer a atuação do enfermeiro no processo de alta da criança hospitalizada a partir das manifestações destes trabalhadores, atuantes na Atenção Básica/ESF e Hospitalar, na perspectiva da integralidade do cuidado.

MÉTODO

Para alcançar os objetivos, este estudo teve como proposta metodológica a abordagem qualitativa de caráter exploratório-descritivo. A abordagem qualitativa possibilita uma aproximação aprofundada dos significados das relações humanas.⁽¹¹⁾

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Internação pediátrica de um hospital universitário público, de ensino, e em cinco Unidades Locais de Saúde com equipes de ESF de um Município da região sul do Brasil.

As Unidades Locais de Saúde e suas enfermeiras foram selecionadas através de um sorteio prévio em cada uma das cinco Regionais de Saúde, a saber: centro, leste, norte, sul e continente. O sorteio foi realizado pela própria pesquisadora, sendo que o convite ocorreu por contato telefônico.

Os participantes do estudo foram 13 enfermeiros/as: as 07 (sete) Enfermeiras da atenção hospitalar, atuantes em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) e; 05 (cinco) Enfermeiros atuantes na atenção básica/ESF nesse Município. Uma enfermeira da atenção básica, coordenadora da Saúde da Criança do município foi intencionalmente selecionada.

A delimitação do número de entrevistas baseou-se no critério de “saturação” qualitativa, no qual o pesquisador realiza certo número de entrevistas suficiente para permitir

certa reincidência das informações.⁽¹²⁾ E, foi considerado como critério de inclusão, o tempo mínimo de 01 (um) ano de atuação desses enfermeiros em suas áreas específicas, atenção básica e atenção hospitalar, e que demonstraram aceitação voluntária em participar da entrevista.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, pautada por um roteiro previamente elaborado. A entrevista tem por objetivo “construir informações pertinentes para o objeto da pesquisa”.⁽¹³⁾ As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente pela pesquisadora, no ambiente de trabalho dos participantes (UIP e ULS), em data e horários combinados. Todas foram registradas por gravação de áudio para garantir a fidedignidade do registro das respostas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

A coleta de dados foi desenvolvida nos meses de dezembro de 2008 e janeiro de 2009.

Todas as fases desta pesquisa foram fundamentadas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A autorização foi obtida junto aos locais onde ocorreu a pesquisa, sendo apresentado o projeto de pesquisa e seus objetivos. Após, este projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi respeitada a liberdade de escolha quanto à participação dos profissionais enfermeiros e seu anonimato foi garantido com o uso de códigos para identificar suas falas (E1ESF, E2ESF, E1UIP, E2UIP), com a letra “E” de enfermeiro, seguida do número de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas e do local de trabalho – Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade de Internação Pediátrica (UIP). A autorização foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas. Após serem digitadas, foi realizada leitura e releitura e análise individual das entrevistas; seleção e identificação das unidades de significado; organização das unidades de significado por semelhança de conteúdo e; constituição das categorias.⁽¹⁴⁾

Para ajudar na análise das entrevistas, utilizou-se uma ferramenta tecnológica, uma versão do software de análise qualitativa ATLAS. Ti, o qual tem por objetivo facilitar a análise de dados textuais. Seu uso favorece a estocagem dos dados resgatados nas entrevistas e facilita o manuseio destes dados e, conseqüentemente, sua análise.⁽¹⁵⁾ Entretanto, a codificação é produto do pensamento e da versatilidade do pesquisador.⁽¹⁶⁾

Após a categorização, foi realizada uma análise reflexiva e interpretativa e uma discussão dos dados obtidos, sob a ótica do referencial teórico adotado, qual seja o processo de trabalho de enfermagem e integralidade do cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A alta hospitalar é um ato médico, contudo, a enfermagem participa ativamente neste processo, e ocupa posição estratégica para a construção da integralidade do cuidado.

Ressalta-se que na alta hospitalar, entendida aqui pelos entrevistados como um processo que inicia com a internação, inclui o período que antecede a saída da criança/família do hospital e o período após a saída desta do hospital, incluindo o seu seguimento pós-alta na comunidade onde vive, existe toda uma assistência por parte de uma equipe multiprofissional à criança/família. Porém, se resgatará somente o processo de trabalho dos sujeitos trabalhadores de enfermagem, em especial do enfermeiro, foco da presente pesquisa.

O dia da alta é importante tanto para a criança/família, como para a equipe de enfermagem. Para o primeiro, gera alegria e insegurança e, para o segundo, um momento de responsabilidade e segurança em relação às orientações que deverão ser realizadas. ⁽¹⁷⁾

O assistir à criança/família em processo de alta hospitalar está inserido como parte do cuidado do enfermeiro, seja da atenção hospitalar e/ou atenção básica, como um elemento que favorece a integralidade da assistência e promove a saúde da criança, à medida que procuram atuar nesse processo.

A atuação no processo de alta hospitalar: o enfermeiro da atenção hospitalar

Tomando por base os relatos dos sujeitos de pesquisa acerca do processo de trabalho de enfermagem à criança/família em processo de alta realizado na atenção hospitalar, pode-se afirmar que, na maioria das vezes, é realizada uma prática de cuidado integral, porém em uma dimensão individual ⁽⁸⁾, ou seja, enquanto este binômio encontra-se internado, existe um esforço por parte da equipe para assistir todas as suas necessidades.

Segundo as enfermeiras da UIP, elas conseguem atuar de forma direta, durante todo o processo de internação e na alta propriamente dita.

“A gente consegue trabalhar com este paciente na recuperação da saúde dele durante o processo de internação [...]. Minha atuação é direta, [...] durante toda internação e principalmente no final, que eu percebo que a criança vai de alta, eu procuro [...], resgatar, trabalhar aquilo que foi perdido com a doença, vendo cuidados de enfermagem, orientar a mãe” (E1 UIP).

Na chegada da criança/família à UIP, é realizado um acolhimento a este binômio e um histórico de enfermagem, metodologia utilizada no Hospital em estudo. Através do histórico de enfermagem, são realizadas prescrições de enfermagem individuais para cada criança/família, sendo que estas são trabalhadas durante todo o período de internação,

inclusive na alta hospitalar, na qual são resgatadas todas as necessidades da criança/família.

“Na alta eu resgato o histórico pra ver se todas as necessidades da criança [...] foram trabalhadas. [...] procuro perceber o que a criança e família estão precisando” (E1 UIP).

Na alta hospitalar, as enfermeiras procuram reorientar o familiar e ou responsável pela criança sobre informações recebidas durante a internação e na própria alta. As orientações recomendadas pelo médico também são reforçadas pela enfermagem, as receitas médicas são lidas juntamente com o familiar e confirmada seu entendimento acerca de dose e horários dos medicamentos. Em relação aos medicamentos, também é orientado sobre o local que podem ser obtidos. Quando necessário, é fornecido a medicação para dar continuidade ao tratamento.

Essa questão da orientação apareceu na maioria das falas dos entrevistados, quando questionados acerca de seu processo de trabalho, seja durante a internação ou na alta hospitalar.

“[...] orientar as necessidades dessa família, tanto no contexto intra-hospitalar como extra-hospitalar, como ela deve proceder nessa alta” (E3 UIP).

“Depois da alta, geralmente eu pergunto se tem algum centro de saúde perto pra acompanhar e se já acompanhava antes, se tem algum curativo, onde pegar a medicação que depois tem que continuar acompanhando. Às vezes [...], eu costumo perguntar se na comunidade tem, fazem visita domiciliar ou não. [...] Mas eu acho que é mais orientações né, dependendo qual a patologia a gente dá as orientações, se foi respiratório ou se desnutrição [...]” (E4 UIP).

Nesse caso, a orientação pode ser vista como um instrumento que contribui para a integralidade do cuidado, ainda que voltada mais para uma dimensão individual, sendo utilizada para garantir a continuidade do cuidado. Considera-se que as orientações devem ser realizadas durante toda a internação, e reforçados os pontos mais importantes no momento da alta.⁽¹⁷⁾

Segundo relatos das enfermeiras da UIP, elas atuam em toda a internação e, quando necessário, encaminham junto com os profissionais médicos para outras especialidades, dentro do próprio hospital e ou em outro hospital pediátrico de referência neste município. Entretanto, quando ocorre o encaminhamento direto para a atenção básica, na maioria das vezes isso ocorre informalmente, de forma verbal. Não existe uma prática instituída, um protocolo para orientar este agir.

Observa-se que somente em alguns casos muito específicos ocorre articulação do processo de trabalho de enfermagem entre atenção hospitalar e atenção básica por escrito.

“Se uma criança precisa realizar curativo, então, [...] fazer um encaminhamento para

a enfermeira do Centro Saúde dar continuidade pra não fazer um cuidado diferente [...]ligava pra enfermeira da tribo ou pro ACS e orientava o que tava sendo feito aqui” (E1 UIP).

“Isso a gente costuma fazer é com os indígenas, porque existe essa ligação, eles vêm e a gente faz. Isso já é instituído, já faz parte” (E6 UIP).

As falas seguintes apontam que os profissionais reconhecem que existem limitações em sua atuação na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica, no que se refere ao processo de alta hospitalar, bem como, uma lacuna na assistência, que necessita ser preenchida e reorganizada.

“[...] a gente não atua como deveria ser atuado, damos mais orientações” (E 4 UIP).

“Sempre que a criança [...]recebe alta, eu me preocupo em conversar pra saber o que eles sabem, como proceder em casa. Mas eu tenho consciência de que é bastante limitada a minha atuação, [...] deveria existir um processo de alta que deveria englobar todos esses cuidados, [...], como fazer um contato com a unidade de saúde [...] pra estabelecer uma continuidade” (E6 UIP).

Na perspectiva da integralidade em saúde, em uma dimensão sistêmica, acredita-se que no processo de alta hospitalar existe uma necessidade que vai além das orientações. Apesar de se reconhecer que esta é um importante instrumento da assistência, muitas vezes não é o suficiente para impedir a reinternação da criança/família, haja vista que, geralmente, essas orientações e informações não chegam ao seu destino final, às Unidades Locais de Saúde, conforme ficou identificado nesta pesquisa. Algumas vezes a informação chega à Unidade Local Saúde muito tempo após a alta, dificultando assim o processo de trabalho pela equipe da ESF. Somente um enfermeiro da atenção básica relatou que a criança/família foi a Unidade Local de Saúde após receber alta hospitalar, bem como levou as orientações dos profissionais da atenção hospitalar. Como pode-se ver abaixo:

“[...] a mãe saiu da alta e veio pra unidade por orientação do hospital pra marcar uma consulta de acompanhamento mais cedo” (E2 ESF).

Identifica-se também que, apesar da enfermeira da atenção hospitalar não conseguir atuar na articulação entre atenção hospitalar e básica no pós-alta, ela encaminha para outro profissional da equipe realizar esta articulação e dar continuidade na assistência, o assistente social.

“[...] Eu encaminho para o serviço social” (E3 UIP).

Esse profissional, quando necessário, atua juntamente com outros profissionais durante a internação e conhece as crianças e suas famílias, sendo que ao participar do

“intercâmbio” recebe e repassa informações, participando, também desse processo.

O intercâmbio faz parte da prática dos sujeitos trabalhadores de enfermagem da UIP em estudo e é um momento multidisciplinar, no qual os diversos profissionais reúnem-se e discutem os casos de cada criança/família internada, determinando assim, a articulação com o trabalho de todos os profissionais da equipe.

Quando os diferentes profissionais realizam troca de informações, conhecimentos acerca do trabalho, estudos de casos e decidem em equipe uma resolução para os problemas de saúde dos pacientes, aí acontece a articulação das ações. ⁽¹⁸⁾

“Enfim, então a gente acaba sabendo da situação de todos os ângulos dessa família dessa criança, então esse é o nosso intercâmbio [...]” (E6 UIP).

Assim, o “intercâmbio” é uma prática realizada no processo de trabalho de enfermagem da atenção hospitalar, na qual, certamente, reflete a integralidade do cuidado. Apesar disso, nem todos os profissionais lembraram-se de citá-lo em suas falas. Isso leva a pensar que, apesar desse princípio ser praticado no cotidiano da enfermagem dessa unidade de internação pediátrica, de estar presente no agir desses profissionais, não está presente no falar, provavelmente porque o intercâmbio acontece no período vespertino. Porém, todas as informações resgatadas neste, são repassadas e registradas em um livro de enfermagem, ao qual, todas as enfermeiras possuem acesso.

Outro aspecto identificado nas entrevistas é a posição importante que o sujeito trabalhador de enfermagem ocupa no processo de alta hospitalar.

“Eu acho fundamental enquanto enfermeira, a gente é uma “peça” especial, nesta questão de articular mesmo, a gente tem uma visão mais ampliada, [...] maior mesmo da própria concretude do cuidado, da integralidade [...]” (E 6 ESF).

Por fim, os sujeitos trabalhadores de enfermagem da atenção hospitalar reconhecem que a alta hospitalar da criança/família rompe o cuidado integral executado durante a internação.

“Mas a partir do momento que a criança ganha alta, eu acho que quebra esse vínculo de integralidade do cuidado” (E2 UIP).

Apesar de a integralidade poder estar presente no cuidado individual diário do enfermeiro, membro de uma equipe, percebe-se que no momento da alta hospitalar, esta não consegue alcançar sua intensidade em potencial.

A atuação no processo de alta hospitalar: o enfermeiro da atenção básica

Já, no processo de trabalho de enfermagem na atenção básica, os sujeitos trabalhadores

colocam que sentem dificuldade em praticar um atendimento integral a saúde da criança, principalmente em processo de alta hospitalar. Uma das dificuldades citadas foi a presença do especialista pediatra que, muitas vezes faz o atendimento a todas as crianças e o sujeito trabalhador de enfermagem não consegue atender essa parte da população dentro da Unidade Local de Saúde.

“[...] a gente não tem contato com as crianças, por essa presença do especialista dentro da unidade, a gente não trabalha como equipe de saúde da família no atendimento integral a criança, [...] O cuidado diretamente a gente tem como se fosse um buraco, [...], o especialista é apoio, não faz parte da equipe, mas acaba atendendo todas as crianças” (E 3 ESF).

Ficou evidenciado que nem todos os sujeitos trabalhadores de enfermagem da atenção básica conseguem realizar consultas à criança/família. Outros intercalam essas consultas com o médico de saúde da família, conforme preconiza o programa C.C., programa que o município possui, objetivando reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil de zero a nove anos, onze meses e vinte e nove dias de idade.

Algumas vezes nessas consultas o enfermeiro identifica crianças em processo de alta hospitalar e procura dar continuidade no cuidado.

“Mas a grande maioria das mães, pelo menos da minha área, elas já falam “o mês passado teve internado por isso e aquilo”[...] (E2 ESF)

Apesar de este município possuir na atenção básica esse programa para crianças, não há um cuidado específico para crianças/famílias em processo de alta hospitalar, sendo que elas, geralmente, são atendidas na puericultura de rotina. Em linhas gerais, esse programa prevê o cuidado à criança saudável, no qual todas as crianças têm o mínimo de consulta de acordo com a faixa etária para o atendimento de rotina na unidade local de saúde. Preconiza também a busca ativa e a priorização do atendimento das crianças de risco junto com o Agente Comunitário em Saúde com a equipe ESF.

Outras vezes, os enfermeiros da atenção básica ficam sabendo da alta hospitalar da criança/família, através do Agente Comunitário de Saúde e ou através dos familiares das crianças que recebem orientação das enfermeiras da atenção hospitalar para procurarem a Unidade Local de Saúde.

A fala abaixo expressa essa questão:

“Essa contra-referência [...] passa a acontecer quando algum profissional de saúde, ou Agente de Saúde identifica que essa criança teve alta hospitalar [...], ou a própria família vem nos avisar, [...] Então a partir que essa mãe leva a criança na unidade, a gente vai saber

que essa criança teve uma internação. Ou se essa unidade funciona muito bem, e se essa criança for monitorada também pelo Agente de Saúde a gente vai saber a tempo. [...] ainda vejo que não é comum no nosso processo de trabalho na unidade de saúde” (E 6 ESF).

Apesar disso, geralmente o enfermeiro não consegue atuar nesse processo, pois, na maioria das vezes, não fica a par da internação da criança/família de sua área de abrangência, ou quando é notificado já ocorreu a alta hospitalar há dias. Essas situações fragmentam a assistência integral, o processo de trabalho de enfermagem não contribui para a integralidade, o que reflete diretamente na promoção de saúde da criança. Nesse processo, ressalta-se a importância do ACS e de seu agir, em que acompanhar a criança é uma de suas atribuições, bem como repassar as informações a sua equipe. O não atuar da equipe de ESF no pós-alta da criança pode resultar em uma nova reinternação.

Entretanto, após a identificação da criança em processo de alta hospitalar, os enfermeiros procuram obter informações com o responsável pela criança e, também, as informações encaminhadas pelos profissionais da atenção hospitalar.

Identificou-se que poucas crianças possuem registradas em suas cadernetas, anotações relacionadas à sua internação hospitalar, outras trazem somente o cartão de alta com o diagnóstico e receituário médico. São raras as situações nas quais ocorrem todos os registros acerca da internação e prescrições ou indicações para continuidade do tratamento na atenção básica, o que facilitaria a integralidade do cuidado.

Além das consultas nas Unidades Locais de Saúde, outra atividade realizada pelo sujeito trabalhador de enfermagem é a visita domiciliar (VD) à criança/família no processo de alta hospitalar. A VD é uma das atribuições do enfermeiro de saúde da família e, muitas vezes, é a única oportunidade, espaço, que esse sujeito trabalhador encontra para realizar consulta a essa população.

Nas falas abaixo, alguns dos sujeitos trabalhadores de enfermagem reconhecem que nem sempre conseguem realizar visitas domiciliares à criança/família, dando prioridade, na maioria das vezes, aos casos mais críticos. Como fatores limitantes ressaltam a falta de recursos humanos e materiais e, principalmente, a existência de uma grande demanda para cada equipe de saúde da família em sua área de abrangência, dificultando a realização das atividades necessárias.

“As situações graves a gente faz VD [...] As outras mais comuns [...] não” (E2 ESF).

“Que pelo menos eu priorize as situações de riscos, em função de que, [...] às vezes é uma demanda muito grande, você não consegue dar conta da criança mais saudável, mas muito menos você da conta daquela que é de risco” (E6 ESF).

Em uma pesquisa acerca da visão da enfermeira sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família, o excesso de demanda de usuários pelo serviço também aparece como dificuldade, gerando falta de tempo para planejamento e articulação das ações em saúde. ⁽¹⁸⁾

“No processo de trabalho de enfermagem, existe uma preocupação do profissional enfermeiro em agir integralmente, quando repassa as informações resgatadas durante a VD para a equipe como um todo e principalmente para o pediatra” (E 3 ESF).

Na fala seguinte, é referida outra maneira do enfermeiro identificar a criança em processo de alta hospitalar, que é durante o acolhimento realizado em sua Unidade Local de Saúde. A partir daí, conseguem atuar junto à criança/família. Alguns enfermeiros utilizam grande parte de seu tempo realizando o acolhimento. O município pesquisado determina que ocorra um acolhimento, uma escuta ativa a todos os usuários que procurem as Unidades Locais de Saúde.

Assim, o acolhimento passa a ser utilizado como uma ferramenta, um instrumento para que, tanto os profissionais, como os serviços de saúde prestem uma assistência integral, um alicerce da integralidade em saúde. ⁽¹⁰⁾

Os enfermeiros mencionaram que quando conseguem identificar as crianças em processo de alta hospitalar durante o acolhimento, procuram realizar VD para dar continuidade no atendimento.

“Tá identificando no acolhimento [...] história de internação hospitalar [...], pra posterior visita ou acompanhamento do agente de saúde. E aí a gente faz um treinamento, explica pro agente o que ele tem que cuidar com aquela família, ou visita domiciliar, assim que acaba funcionando a minha prática” (E1 ESF).

“Observamos que, apesar da necessidade do sujeito trabalhador de enfermagem realizar a VD, em algumas situações quem realiza é somente o ACS, que serve de elo, um mediador entre a criança/família e o profissional de saúde. Este traz informações ao seu enfermeiro supervisor sobre a criança/família em processo de alta hospitalar e também procura trazê-las para consulta com a equipe de saúde da família” (E1 ESF).

Nesta outra fala, desvelou-se a falta de informação dos sujeitos trabalhadores de enfermagem e sua equipe acerca de internações, reinternações e óbitos de suas crianças.

“[...] algumas crianças que morrem após 28 dias, são crianças que já estão em situação de risco, re-hospitalizada e cuja equipe nem sabia dessa existência, então isso pra nós é um fato muito importante [...] a gente rever essa atenção a criança em situação de risco [...]” (E 6 ESF).

Essa situação confirma a lacuna existente no processo de trabalho de enfermagem no pós-alta da criança hospitalizada e denota a importância de investimento na organização do sistema de referência e contra-referência mais efetivo. Revela também o reconhecimento desse fato pelos gestores e sua preocupação em rever a atual prática realizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ficou constatado que o enfermeiro da atenção hospitalar consegue, na maioria das vezes, atuar na perspectiva da integralidade praticamente durante todo o período em que a criança/família permanece no hospital, inclusive no momento da alta hospitalar. Entretanto, se se levar em consideração que a alta hospitalar é um processo que inclui também o período após a saída desta do hospital, incluindo o seu seguimento pós-alta na comunidade onde vive, é neste momento que se identifica uma fragilidade no cuidado, uma lacuna no cuidado integral por praticamente não existir uma articulação da atenção hospitalar e atenção básica nesse processo. Os próprios profissionais reconhecem que existem limitações em sua atuação nessa articulação, no que se refere ao processo de alta hospitalar, bem como, uma lacuna na assistência, que necessita ser preenchida por uma reorganização do processo de trabalho.

A atuação do enfermeiro da atenção básica nesse processo não acontece com frequência, pois nem sempre consegue identificar a criança/família em processo de alta hospitalar já que não existe uma prática que facilite a articulação da atenção hospitalar e atenção básica. A identificação, quando ocorre, muitas vezes acontece durante o acolhimento na ULS, através dos familiares das crianças e ou Agente Comunitário de Saúde. Após a identificação, o enfermeiro encontra dificuldades para dar continuidade ao cuidado integral à criança/família, seja por não atuar em consultas a esta população, não conseguir realizar visitas e/ou identificar a criança somente muito tempo após a alta.

Assim, constata-se uma lacuna no processo de trabalho de enfermagem na alta e pós-alta da criança/família e a articulação da atenção hospitalar e atenção básica. Percebe-se um conflito quando a integralidade do cuidado é vista como idéia de totalidade e o processo de alta hospitalar como algo que ultrapassa as paredes institucionais, entretanto a atuação do enfermeiro não consegue alcançar a integralidade sistêmica. O agir integral de cada enfermeiro não ultrapassa seu próprio espaço de trabalho, estabelecendo-se aí um vazio na assistência.

Para alcançar a atenção integral, se faz necessário a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde, diferente da ainda presente fragmentação dos serviços em saúde. Com este estudo confirma-se que o desenvolvimento de formas de comunicação e negociação,

como incentivo aos profissionais de saúde a participarem na integração dos serviços pode possibilitar a formação de novos espaços de articulação das ações e dos saberes. A transformação das práticas, na perspectiva da integralidade em organização de saúde é um processo lento, envolve todos os profissionais em prol de mudança na forma de execução das ações. ⁽¹⁹⁾

REFERÊNCIAS

- 1 Pires DA. Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: Leopardi MT, organizadora. Processo de trabalho em saúde organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC/Papa-Livros; 1999.
- 2 Capella BB. Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem. Pelotas: UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1996.
- 3 Laurent MCR, DIAS VLM. A sistematização da assistência de enfermagem em pediatria. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF - ciclo 1, módulo 1. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 4 Juliani CM, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP. 1999; 33(4):323-33.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 6 Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. Cad. Saúde Pública 2008; 24(1):S69-S78.
- 7 Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2005.
- 8 Silva VC. O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

- 9 Brasil. Lei n 8080, 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: Guia do Conselheiro; 2002.
- 10 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enferm.* 2006; 59(4):532-536.
- 11 Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
- 12 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC–ABRASCO; 1999.
- 13 Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- 14 Dyniewicz AM. *Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes*. São Caetano do Sul: Difusão; 2007.
- 15 Klippel M, Koetz AL, Lacerda DP, Teixeira AR, Antunes Jr, JAV. A pesquisa em administração com o uso de softwares QDA (Qualitative Data Analysis). In: *Anais do Simpósio sobre Excelência em Gestão e Tecnologia*; 2004; Rezende/Rio de Janeiro. 2004.
- 16 Moreira DA. O uso de programas de computador na análise qualitativa: oportunidades, vantagens e desvantagens. *Revista de Negócios* 2007; 12(2):56-68.
- 17 Lacerda MR, Barbosa R, Zavadil ETC. Cuidados de enfermagem a crianças e a adolescentes em transplante de células-tronco hematopoiéticas. Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF - ciclo 3, módulo 2. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 18 Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):256-61.
- 19 Costa Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Bras. *Caderno Saúde Pública* 2007; 23(6):1405-1414.

5.4 ARTIGO 3 - PRÁTICA INTEGRAL DO ENFERMEIRO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR DA CRIANÇA: LIMITES E POTENCIALIDADES

Artigo a ser submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem, apresentado conforme Instrução aos Autores da própria Revista (Anexo I). A Declaração de Responsabilidade e a Transferência dos Direitos Autorais encontram-se no Anexo J.

Prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança: limites e potencialidades¹

Full practice of the nurse in the hospitals child discharge process: limits and potentials

La práctica integral del enfermero en el proceso del alta hospitalaria del niño: límites y potencialidades

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva²
Flávia Regina Souza Ramos³

¹ Pesquisa resultado de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulada: O Trabalho de Enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança – subsídios para a Integralidade, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Assistencial da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem (PRÁXIS). Contato: raquelenfer@yahoo.com.br (48) 3237 -4151. End: R. Elpídio da Rocha nº 345. Rio Tavares. Florianópolis-SC. CEP: 88048-398.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do grupo PRÁXIS. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Pesquisadora do CNPq. flaviar@ccs.ufsc.br Fone: (48) 3721-9480.

Prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança: limites e potencialidades

Full practice of the nurse in the hospitals child discharge process: limits and potentials

La práctica integral del enfermero en el proceso del alta hospitalaria del niño: límites y potencialidades

Resumo: O artigo trata de um estudo exploratório descritivo realizado na atenção hospitalar e básica, objetivando identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado na articulação atenção hospitalar e básica/Estratégia Saúde da Família (ESF) no processo de alta hospitalar da criança/família. Os participantes foram 07 enfermeiras de uma Unidade de Internação Pediátrica e, 06 enfermeiros atuantes em equipes da ESF de um município da Região Sul do Brasil. Os resultados mostraram como principal limite a ausência de comunicação entre as duas esferas e como potencialidades a alta cobertura de equipes de ESF e o perfil dos enfermeiros. Conclui-se, na perspectiva da integralidade, a necessidade de um repensar dos profissionais envolvidos nesta prática, a fim de modificar o atual cenário.

Descritores: Assistência integral a saúde, enfermagem, trabalho

Abstract: This article is an exploratory descriptive study realized in the hospital attention and basic attention objective is identifying limits and potentials of the work of a Nurse to the integrality of care in the articulation of hospital attention and basic/strategy of family health (ESF) in the discharge process from children/family hospital. The participants were 07 nurses of the intern unit of pediatric and 06 active in the ESF team of the municipal of the South Region part of Brazil. The results shows how the principal absence of limits of communication between the two parts and how potentials and the high coverage of the teams of ESF and the profile of the nurse. It is concluded, in the perspective of integrality, the

necessity of a rethinking of professionals involved in this practice, with the end of modifying the actual scene.

Key words/Descriptors: Comprehensive Health Care, Nursing, work.

Resumen: El presente artículo trata de un estudio exploratorio descriptivo realizado en la atención hospitalaria y básica. Su objetivo fue identificar los límites y potencialidades del trabajo del enfermero para la integralidad del cuidado, en lo que se refiere a la relación: atención hospitalaria y básica/Estrategia de Salud Familiar (ESF), en el proceso del alta hospitalaria del niño/familia. Los participantes fueron 7 enfermeros de una Unidad de Internación Pediátrica, y 6 enfermeros de los equipos de la ESF de un municipio de la región sur del Brasil. Los resultados mostraron como principal límite la falta de comunicación entre las dos esferas, y como potencialidades, la amplia cobertura de los equipos de ESF y el perfil del enfermero. Se concluye que desde la perspectiva de la integralidad, es necesario que los profesionales involucrados en esa práctica, repiensen su actuación, con el objetivo de modificar el actual situación.

Descritores: Asistencia integral en salud, enfermería, trabajo.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um sistema complexo, pois tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação⁽¹⁾.

Conforme a Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, a construção do SUS é norteada por alguns Princípios e Diretrizes, entre os quais está a integralidade. Essa é uma das diretrizes mestras da reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. Portanto, deve ser ponto de reflexão o seu alcance, bem como seu limite e efetivação na prática dos serviços em saúde,

levando em consideração a eficiência e eficácia do SUS ⁽²⁾. Deve ser percebida em uma dimensão sistêmica, em relação a uma atenção contínua, através de ações articuladas em rede, que promovam a coordenação do cuidado entre os diversos serviços de saúde ⁽³⁾.

Na perspectiva da integralidade, cada profissional da saúde deve buscar a construção de práticas de atenção integral à saúde no seu dia-a-dia, tendo em vista uma assistência qualificada, que veja o indivíduo como um todo, preservando os direitos e valores destes ⁽²⁾.

No eixo hospitalar, a integralidade da atenção recebida resultará de como está articulada a prática dos trabalhadores. O hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, quando o sistema de saúde fosse referência e, após atendimento, fizesse uma adequada contra-referência. Entretanto, a implementação efetiva desses “circuitos base-topo e topo-base”, nem sempre é muito bem sucedida na prática ⁽⁴⁾.

Por outro lado, a atenção básica é um componente fundamental dos sistemas de saúde, tendo como papel a prestação direta dos serviços e ou providenciando ou coordenando a prestação destes em outros locais ⁽⁵⁾.

Reporta-se que, especificamente ao processo de alta hospitalar da criança/família cabe considerar a importância da atuação profissional nesse processo para a continuidade e integralidade do cuidado. Dentre os envolvidos no processo de alta, encontra-se o enfermeiro, sendo atribuição desse profissional, seja da atenção hospitalar ou da atenção básica, promover a continuidade da assistência do hospital ao domicílio; uma assistência integrada e comprometida com a saúde. Considerando a integralidade do cuidado, o enfermeiro deve favorecer a articulação da atenção hospitalar e básica, contribuindo para a construção deste princípio. Entretanto, neste processo de trabalho, em busca de um agir integral, despontam alguns limites e potencialidades que impedem e ou contribuem para tal construção.

Este artigo relata parte dos resultados de uma dissertação de Mestrado intitulada: O Trabalho de Enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta

da criança - subsídios para a Integralidade e, tem como objetivo identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado na articulação atenção hospitalar e atenção básica/ESF no processo de alta hospitalar da criança/família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com uma abordagem qualitativa, desenvolvido em uma Unidade de Internação Pediátrica (UIP) de um hospital público, de ensino e em cinco Unidades Locais de Saúde (ULS) de um município da Região Sul do Brasil. As ULS e suas enfermeiras foram selecionadas através de um sorteio prévio realizado pela própria pesquisadora, sendo que, uma enfermeira da atenção básica coordenadora da saúde da criança do nível central da gerência municipal foi intencionalmente selecionada.

Os participantes do estudo foram as 07 enfermeiras atuantes em uma UIP e 06 enfermeiros atuantes na atenção básica/Estratégia de Saúde da Família.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, a qual foi agendada e realizada pela pesquisadora, no próprio ambiente de trabalho dos participantes, nos meses de dezembro de 2008 e janeiro de 2009, após consentimento dos participantes, segundo resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas foram registradas por gravação de áudio e, posteriormente, transcritas. Observando os aspectos éticos e legais, foi respeitada a liberdade de participação dos enfermeiros e seu anonimato foi garantido com o uso de códigos para identificar suas falas (E1ESF, E2ESF, E1UIP, E2UIP): a letra “E”, seguida do número de acordo com a ordem cronológica de realização das entrevistas e do local de trabalho – ESF e UIP. Obteve-se a autorização junto aos locais onde ocorreu a pesquisa e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

A análise dos dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas, sendo

realizada: leitura, releitura e análise individual das entrevistas; seleção e identificação das unidades de significado; organização das unidades de significado por semelhança de conteúdo e; constituição das categorias ⁽⁶⁾. Para ajudar na análise, utilizou-se um software de análise qualitativa ATLAS. Ti, sendo que, a discussão dos dados deu-se sob à luz do referencial teórico da integralidade aplicados ao contexto do trabalho de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se que a alta da criança/família hospitalizada não significa uma completa recuperação de saúde, sendo assim, necessita de uma continuidade do cuidado após a alta hospitalar para um completo restabelecimento desta. Nessa perspectiva, a fragmentação do cuidado reflete diretamente na qualidade da assistência, podendo resultar em reinternação.

Diante disso, identifica-se no processo de trabalho de enfermagem na alta da criança/família hospitalizada que os enfermeiros deparam-se em seu cotidiano com algumas dificuldades que impedem e ou limitam o cuidado integral à criança/família. Por outro lado, também possuem potencialidades que contribuem para tal construção.

Prática integral do enfermeiro: limites

No que se refere aos limites na construção da integralidade do cuidado e sua continuidade na articulação da atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança hospitalizada, ressaltaram-se “lacunas no agir” e “lacunas no saber”.

Como **lacunas no agir**, um dos fatores mais citados nas entrevistas que limita a atuação integral do enfermeiro, é a **ausência de comunicação** entre a atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança. Os enfermeiros da atenção hospitalar e atenção básica reconhecem a inexistência de uma ponte entre os dois serviços de saúde, de uma ligação efetiva do processo de trabalho em saúde e em foco neste estudo, da enfermagem: *Limite*

seria a falta de comunicação, não ter [...] um fluxo de como deveria ser esse atendimento, [...] como deveria ser articulado esta referência e contra referência (E3 ESF). Essa lacuna reflete uma fragmentação do cuidado e gera uma fragilidade na assistência integral no processo de alta hospitalar.

Ficou identificado que no processo de alta hospitalar não existe um protocolo para uma comunicação direta, que articule a atenção hospitalar e atenção básica. Em alguns casos específicos, as enfermeiras da atenção hospitalar realizam contato com os enfermeiros da atenção básica para repasse de informações sobre a criança/família em processo de alta. Já, os enfermeiros da atenção básica afirmam, em quase sua totalidade, não haver esta articulação.

Para alcançar a atenção integral, faz-se necessário a efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde, diferente dos serviços fragmentados atuais. Sugere-se o desenvolvimento de formas de comunicação e negociação, como incentivo aos profissionais de saúde a participarem na integração dos serviços, possibilitando a formação de novos espaços de articulação das ações e dos saberes⁽⁷⁾.

Os próprios entrevistados levantaram algumas questões que poderiam estar gerando esta lacuna no cuidado, como: *[...] desconhecer esses processos, [...] esquecer [...], de fazer esta contra-referência [...]* (E1 ESF); *[...] não ter essa cultura de integralidade hospitalar e atenção básica, [...]* (E2 UIP).

Despertados para essa problemática, alguns dos entrevistados sugerem e acreditam na necessidade de um protocolo para que ocorra essa prática integral e, conseqüentemente, uma mudança no atual cenário: *Se tivesse um protocolo do hospital ou da atenção básica, aos poucos a gente conseguiria mudar essa realidade* (E2 UIP).

Os protocolos são apoios e direção para a ação do trabalho em saúde, porém não são suficientes ou capazes de abarcar toda a sua complexidade e dinamicidade, pois “as situações que emergem no cotidiano são sempre singulares, em condições específicas, com usuários

diferentes e desdobramentos diversos”⁽⁸⁾.

Contudo, um profissional de enfermagem da atenção básica lembra que, antes de se estabelecer um protocolo, deve-se pensar nas condições de trabalho das equipes de ESF, especialmente quando algumas delas possuem um número reduzido de profissionais de saúde: *[...] não adianta fomentar um protocolo [...] se a gente sabe que muitas vezes as equipes de saúde tem condições limítrofes em relação ao número de pessoal, as condições de trabalho (E 6 ESF).*

Assim, evidenciou-se uma deficiência na assistência com a falta de estratégias para essa parcela da população em processo de alta hospitalar: *[...] efetivamente [...] não tem ainda uma estratégia de busca oficial nas unidades de internações hospitalares das crianças que estão em processo de alta, ou [...] internadas, para promover uma maior vigilância (E6 ESF).*

Desvelou-se que, geralmente, as orientações realizadas na atenção hospitalar à criança/família dificilmente chegam às ULS, gerando assim uma fragmentação no cuidado. Somente uma pequena parcela dos enfermeiros da atenção básica obtém esta informação através das próprias famílias que procuram a ULS logo após a alta, orientados pelas enfermeiras da atenção hospitalar.

Outro ponto sensível nesse agir é a falha na informação acerca do processo de alta hospitalar, na qual os enfermeiros da atenção básica relataram que não ficam cientes da maioria dos casos, ou reconhecem tardiamente as internações e o processo de alta hospitalar da criança/família em suas áreas de abrangência. Algumas vezes, essa informação é obtida algum tempo após a internação, seja pelos familiares das crianças ou pelo Agente Comunitário de Saúde. Isso aponta para uma deficiência na vigilância em saúde e contradiz o que é preconizado pela ESF, ao propor que a equipe esteja em condições de realizar um trabalho de vigilância.

Já, as enfermeiras da atenção hospitalar relataram que, geralmente, obtém a

informação de alta pelo médico responsável pela internação da criança. Contudo, em alguns casos a alta é identificada tardiamente, informada pelo próprio acompanhante/familiar da criança. Esse modo de agir, sem conexões, acaba limitando a atuação integral desse profissional.

O acolhimento, outra atividade que também compete ao enfermeiro, foi citado também como fator limitante à prática integral a saúde da criança. Essa prática em si, sabe-se, contribui para a integralidade do cuidado, pois através dele também são “resgatadas” crianças/famílias em processo de alta hospitalar. Porém, nesse caso, o limite está associado ao comprometimento da maior parte da agenda desse profissional a essa prática, dificultando assim a assistência do enfermeiro à saúde da criança. Isso nos remete a necessidade de discutir a organização do trabalho da equipe em ambos os contextos, pois novas estratégias e metodologias podem perder seu potencial reformulador, quando se torna apenas mais uma tarefa a ser cumprida, mais uma ação estanque, divorciada de seu sentido ou finalidade. Sem um projeto assistencial que articule ações e sujeitos, proposições metodológicas serão apenas um novo item no “pacote”, algumas vezes implicando no abandono de outras funções.

Na percepção de parte dos entrevistados, a falta de tempo associado às muitas funções que o enfermeiro da atenção hospitalar e atenção básica exercem em seus locais de trabalho, impossibilita a prática da articulação destes, no processo de alta hospitalar: *Limites têm bastante, excesso de trabalho, em alguns momentos o tempo que nós temos [...] (E1 UIP); [...] tem limites de sobrecarga de funções (E6 PSF)*. Apesar disso, alguns enfermeiros colocam que seria possível realizar um cuidado integral em uma dimensão sistêmica, em uma prática que articule atenção hospitalar e básica no processo de alta da criança hospitalizada.

Esses dados aproximam-se dos que foram encontrados em outro estudo, que aponta a sobrecarga de trabalho, juntamente com a falta de tempo, como fatores que podem dificultar a articulação das ações na equipe⁽⁹⁾.

O déficit de recursos humanos é outro fator que aparece como limitador no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica, agregados às múltiplas funções desse profissional nas ULS. Esse déficit, muitas vezes, impede o enfermeiro de realizar suas funções, dentre elas essa a visita domiciliar (VD), delegando-a ao ACS: *Eu peço para o ACS ver como tá a criança [...] saber porque que ela internou, [...] sempre que eu posso eu vou fazer visita [...] mas as vezes falta pessoal da enfermagem, [...] aí não consigo ir (E5 ESF).* Nesse processo, na perspectiva da integralidade, o enfermeiro integrante de equipes de ESF deve se apropriar de suas funções e priorizar suas atividades, em evidência aqui a VD, que não deve ser substituída pela do ACS.

Um estudo realizado em Porto Alegre desvelou dados semelhantes, no qual os enfermeiros deixam de realizar atividades próprias de sua competência profissional para cobrir atividades básicas de enfermagem nas ULS. Coloca que a visita domiciliar é uma das atividades limitadas pela falta do profissional de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Outro fator limitante da prática integral, citado pelo enfermeiro da atenção hospitalar, seria a desarticulação do prontuário informatizado existente na atenção hospitalar e básica de estudo, o que desfavorece a integralidade do cuidado entre esses sistemas.

Em relação às **lacunas no saber**, foram apontados os seguintes fatores limitantes para a construção da integralidade e articulação do trabalho de enfermagem no processo de alta hospitalar: a falta de conhecimento acerca do cuidado integral, a “falha” na formação desses profissionais e na continuidade do aprendizado durante sua trajetória profissional.

A formação acadêmica não reducionista e menos fragmentada seria fundamental para uma assistência mais integral⁽¹¹⁾.

O *déficit* na formação do enfermeiro na questão da consulta à criança foi outro fator limitante do trabalho de enfermagem na atenção básica. Alguns profissionais não se sentem preparados para tal atividade: *[...] tem muitos enfermeiros que [...] não se sentem aptos a*

própria puericultura [...] (E6 ESF); Como lidar com uma criança que não tem ainda uma saúde restabelecida completamente, como seguir dali pra frente? (E2 ESF). A ESF deve reorganizar a atenção básica e necessita garantir, dentre outros, um adequado programa de capacitação ao profissional da equipe.

Em estudo realizado com enfermeiros de Goiânia acerca da integralidade da assistência, a formação acadêmica também emergiu como fator limitante, bem como a falta de qualificação dos profissionais de saúde e o desinteresse de algumas enfermeiras em manter-se atualizadas⁽¹¹⁾.

Prática integral do enfermeiro: potencialidades

Os enfermeiros colocam, além dos limites, potencialidades de seu processo de trabalho para a integralidade do cuidado na articulação da atenção hospitalar e atenção básica/ESF no pós-alta da criança/família.

A alta cobertura das Equipes de ESF no município de estudo, bem como sua reorganização do processo de trabalho em saúde, foram uma das principais potencialidades identificadas nos relatos dos enfermeiros: *[...] cada bairro tem seu centro de saúde, tem sua equipe de ESF (E 4 UIP); [...] é que a atenção básica tá conseguindo dar conta da atenção da criança [...] (E2 UIP).*

Nos relatos, os enfermeiros colocaram que com a implantação das equipes de ESF evidenciou-se uma redução no número de internações na Unidade de Internação Pediátrica. Acredita-se que caso houvesse uma articulação direta entre os dois níveis de atenção no pós-alta da criança hospitalizada, o número de reinternações também seria menor.

Outra das potencialidades mais citadas foi o perfil do enfermeiro. Percebeu-se nas falas que a prática integral está relacionada com a atuação individual de cada profissional, com a forma deste atuar nas necessidades de cada criança/família em processo de alta, na

perspectiva da integralidade do cuidado: *Uma delas é a enfermeira ser bem dinâmica ela ir atrás [...], dar um jeito [...] pra que ela vá bem de alta pra casa [...]* (E1 UIP). A prática da integralidade está vinculada diretamente ao perfil do profissional membro da equipe de saúde (12).

O trabalho em equipe interfere nessa configuração e foi reconhecido como outra potencialidade. No município pesquisado, novas equipes estão sendo formadas e outras equipes estão recebendo novos profissionais efetivos, promovendo uma reorganização do trabalho: [...], *tanto a nível de unidade hospitalar quanto de atenção básica, eu acho que a gente tem equipes de saúde bem fortalecidas* (E2 UIP). O agir com o outro se faz necessário para promover um cuidado integral, à medida que cada profissional necessita do outro para dar continuidade a esse cuidado. A continuidade é um dos elementos estruturais necessários para construir a integralidade, (5) a qual presume um encontro entre práticas e saberes efetivos de diversos profissionais (13). Quando os diferentes profissionais realizam trocas de informações, conhecimentos e decisões em equipe, aí acontece a articulação das ações (9)

As orientações dos enfermeiros da atenção hospitalar à criança/família em processo de alta foram identificadas como potencializadora da articulação com a atenção básica, uma ferramenta para a construção do cuidado integral, apesar de nem sempre chegar ao seu destino final: [...] *ele veio bem orientado* (E 4 ESF); (...) *a mãe saiu da alta e veio pra unidade por orientação do Hospital pra marcar uma consulta de acompanhamento mais cedo* (E2 ESF).

A capacitação como potencialidade foi identificada pela busca dos profissionais da atenção hospitalar pelo estudo e pelo fato de profissionais ligados a um Hospital Escola se perceberem mais preparados e motivados para desenvolverem uma prática efetiva na articulação do trabalho no processo de alta da criança/família: *a vontade que a gente tem, por ser um hospital escola, [...] estar sempre estudando, todas nós estamos nos reciclando [...]. Cada um que vai buscar uma universidade ou um mestrado, um doutorado, estar trazendo*

novas expectativas pra gente, novas esperanças de melhorar nossa assistência. (E6UIP).

Por fim, a metodologia de assistência utilizada no hospital pesquisado e o programa da atenção básica/saúde criança – C.C. – que prevê uma atenção especial à criança, foram considerados como potencialidades, ferramentas para a articulação no processo de alta hospitalar da criança/família e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado.

Contradições: prática integral do enfermeiro - limites ou potencialidades?

Considerou-se importante ressaltar aqui alguns relatos que demonstraram certas contradições, aos quais atores integrantes deste cenário despontam como limitantes e também como potencializadores desse processo. São eles: o pediatra e o ACS.

Na atenção básica, o pediatra foi identificado como limitante na maioria dos relatos, à medida que assistem todas às crianças que procuram as ULS, ou a maior parte dessa demanda. Desvelou-se que são poucas as equipes de ESF, nas quais a proposta do matriciamento em pediatria funciona em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Esse profissional deveria ser apoio à equipe, porém, no cotidiano da atenção à saúde da criança, a presença desse profissional foi vista como obstáculo ao processo de trabalho de enfermagem nessa área, já que dificilmente essa população chega às consultas de enfermagem: *Aqui a gente não tem contato com as crianças. Por essa presença do especialista dentro da unidade, a gente não trabalha como equipe de saúde da família no atendimento integral a criança [...]* (E3 ESF).

Uma pequena parcela dos relatos identificou o pediatra como potencialidade, à medida que esses profissionais compartilham saberes e práticas com o enfermeiro e conseguem trabalhar em equipe. Ressaltou-se a importância da consulta de enfermagem à saúde da criança, bem como a consulta médica, ambas distintas, cada qual com sua importância, sendo que juntas favorecem a consolidação do SUS e de seus princípios. Considera-se a consulta de

enfermagem um instrumento que concede ao enfermeiro uma prática específica de seu fazer, bem como um instrumento metodológico e tecnológico para o cuidar⁽¹⁴⁾, contudo, não pode abarcar sozinho a assistência à saúde da criança.

Outro ator, o ACS foi citado tanto como limite, quanto como potencialidade no processo de alta hospitalar, tendo em vista a integralidade do cuidado. Na maioria dos relatos, os enfermeiros afirmam que nem sempre os ACS repassam a informação acerca da alta hospitalar: *[...] como limite às vezes o próprio ACS (E2 ESF)*. Nesse processo, cabe aos ACS dentre outras atribuições, acompanharem mensalmente as famílias de sua área de atuação, realizar ações básicas de saúde à criança e informar a equipe de saúde sobre as necessidades da comunidade, inclusive os casos de internações. Aos enfermeiros da ESF cabe, dentre outras atribuições, assistir à criança, capacitar os ACS e organizar o trabalho das ULS.

Reforçando a compreensão desse papel, o ACS também é visto como potencialidade, ainda que em menor proporção, quando esses conseguem detectar a criança/família em processo de alta hospitalar e repassar essa informação ao enfermeiro coordenador da equipe: *os ACS são bem atuantes (E5 ESF); [...] tem os ACS, isso são potencialidades [...](E 3 ESF)*.

Dessa forma, acredita-se que, quando cada integrante da equipe da ESF desenvolver suas atribuições, essa estratégia se constituirá fundamental na construção do SUS e de seus princípios, incluída a integralidade.

Portanto, a organização do trabalho de Enfermagem implica nas relações dos profissionais de enfermagem entre si e com outros profissionais e usuários do serviço de saúde; com as facilidades e fragilidades provocadas pela estrutura organizacional; com a divisão de trabalho ,e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontam que no processo de trabalho de enfermagem na alta da criança/família hospitalizada, em busca de uma prática integral, os enfermeiros encontram em seu cotidiano alguns limites e potencialidades que dificultam ou favorecem seu agir.

No que se refere aos limites evidenciou-se lacunas no agir e lacunas no saber. Na primeira, despontam questões relacionadas à organização do trabalho de enfermagem no processo de alta hospitalar da criança/família, ressaltando-se a falta de comunicação dos níveis de atenção, caracterizando a desarticulação desses. Na segunda, despontam questões como a “falha” na formação e a continuidade do aprendizado na trajetória profissional sobre o tema.

Quanto às potencialidades, foram citadas questões individuais, como o perfil do enfermeiro e questões coletivas, como o trabalho em equipe e o potencial da alta cobertura das ESF no município de estudo e seu reflexo na redução de internações da criança/família.

Apesar de claras indicações de elementos ou circunstâncias do trabalho que funcionam favorecendo ou prejudicando a articulação da atenção hospitalar e básica, contradições também foram reveladoras de certas dificuldades do trabalho multiprofissional. Isso se mostra especialmente, quando alguns atores desse processo, como o pediatra e o ACS aparecem tanto como limitadores quanto como elementos potenciais para o processo.

Assim, considera-se que, ao reconhecer os limites e potencialidades da prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança/família, o estudo favorece um enfrentamento dessa problemática pelos profissionais envolvidos.

Concluí-se que, na perspectiva da integralidade, faz-se necessário um refletir, um repensar dos profissionais envolvidos nessa prática, na busca por caminho e estratégias que possam modificar o atual cenário e preencher as lacunas existentes nesse cuidado. Acredita-se que preencher essas lacunas, é sem dúvida um desafio para os enfermeiros, porém, diante das

potencialidades levantadas, possível de se realizar.

REFERÊNCIAS

- 1 Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz; 2006.
- 2 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm. 2006 jul-ago; 59(4):532-536.
- 3 Silva VC. O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
- 4 Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos, RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3 ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2005. p. 197-210.
- 5 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias, Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- 6 Dyniewicz AM. Metodologia da Pesquisa em Saúde para Iniciantes. São Caetano do Sul (SP) Difusão Editora; 2007.
- 7 Costa Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brás. Caderno Saúde Pública 2007 junho; 23(6):1405-1414.
- 8 Gomes RS, Silva FH, Pinheiro R, Barros MEB. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadoras. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC; 2007. p.19-36.

- 9 Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):256-61.
- 10 Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em Município do Sul do Brasil. *Rev Latino-am enfermagem* 2008 setembro-outubro; 16(5):889-894.
- 11 Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho L M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(1):42-51.
- 12 Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2001; p. 39-63.
- 13 Louzada APF, Bonaldi CB, Barros MEB. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadoras. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas Rio de Janeiro (RJ): CEPESC; 2007. p.37-52.
- 14 Santos I, Correa LA, Albuquerque DC. A consulta de enfermagem através da escuta sensível e Diagnósticos para o autocuidado do cliente com insuficiência cardíaca. In: Santos I, David HMSL, Silva D, Melo CM, organizadores. Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva: realidade, questões e soluções. São Paulo (SP): Ateneu; 2008.
- 15 Matos E, Pires DEP. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. *Texto Contexto Enferm.* 2002 jan/abr; 11(1): 187-205.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar a articulação do trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança/família, na perspectiva da integralidade do cuidado, gerou um importante espaço para os enfermeiros repensarem e refletirem sua atuação em seu cotidiano e manifestarem algumas sugestões para transformação do atual cenário.

O conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na alta e pós alta da criança hospitalizada, a partir das manifestações destes trabalhadores, atuantes na atenção hospitalar e básica/ESF contribuiu para identificar limites e potencialidades neste processo, como também no sentido de despertar estes profissionais para a necessidade de urgentes mudanças organizacionais nesta parcela da assistência.

Trazer a tona o tema integralidade, um dos princípios do SUS, colocá-lo em discussão, conhecendo a concepção dos enfermeiros acerca deste tema, amplia a visão destes profissionais para uma prática integral e, também, nos ajuda a compreender melhor o porquê da existência de uma assistência fragmentada no processo de alta hospitalar da criança/família.

Ressaltamos que nossa intenção não foi identificar qual o nível de atenção à saúde é mais ou menos integral, e sim de oportunizar a reflexão acerca da temática em estudo, acreditando que esta possa contribuir para a integralidade do cuidado, resultando na promoção da saúde da criança em processo de alta hospitalar.

O estudo constatou que o trabalho de enfermagem na atenção hospitalar no processo de alta da criança/família, na maioria das vezes é realizado sob os objetivos da integralidade, porém em uma dimensão individual, ou seja, enquanto este binômio encontra-se na instituição hospitalar existe um esforço por parte da equipe para assistir todas as suas necessidades em busca da promoção da saúde. Entretanto, após a saída da criança/família da instituição hospitalar, não existe a garantia da continuidade da assistência, pois se identifica a ausência da articulação atenção hospitalar e atenção básica neste processo, caracterizando a inexistência de uma prática integral em uma dimensão sistêmica. Não existe uma prática instituída ou mesmo um protocolo para orientar este agir.

Evidenciou-se uma lacuna na assistência, onde de um lado, o enfermeiro da atenção hospitalar não informa o profissional da atenção básica acerca da criança/família em processo de alta hospitalar e, de outro, o enfermeiro da atenção básica não consegue atuar pela falta

desta informação. O agir integral de cada enfermeiro não ultrapassa seu próprio espaço de trabalho, assim estabelecendo-se um vazio na assistência.

Nessa perspectiva, preocupamo-nos com o reflexo deste vazio na saúde da criança e seus efeitos sobre ela, como visto, podendo significar até mesmo em uma possível reinternação. Entretanto, percebemos que, de ambos os lados, existem profissionais interessados em agir integralmente e dispostos em preencher estas lacunas. Os resultados da pesquisa apontaram limites e potencialidades que dificultam ou favorecem o agir dos enfermeiros na alta da criança/família hospitalizada.

No que se refere aos limites ressaltaram-se “lacunas no agir” e “lacunas no saber”. No agir destacaram-se: a ausência de comunicação entre a atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança/família, bem como a ausência de um protocolo que articule os sistemas neste processo; as orientações dos enfermeiros da atenção hospitalar que dificilmente chegam à atenção básica; a falta de informação sobre a alta hospitalar pelo enfermeiro da atenção básica; o acolhimento e a falta de tempo associado às muitas funções deste profissional; o déficit nos recursos humanos nas Unidades Locais de Saúde; e a desarticulação do prontuário informatizado na atenção hospitalar e básica.

Nesta realidade, configurou-se que, muitas vezes, a prática do enfermeiro esta ancorada em normas, protocolos, e na ausência ou deficiência destes, o agir também é deficiente. Assim, ao mesmo tempo em que encontramos um discurso que demonstra interesse em agir integralmente, em contra partida, existe aquela lacuna neste agir.

Na “lacuna no saber” destacaram-se: a falta de conhecimento acerca do cuidado integral; a “falha” na formação e a continuidade do aprendizado durante a trajetória profissional acerca do cuidado integral à Saúde da Criança, principalmente na atenção básica.

Entendo que esta última lacuna, tem impacto direto sobre a primeira, onde, é necessário, entre outros fatores, que o profissional busque fortalecer seu saber, para amadurecer seu agir. Cabe aos gestores, como prioridade, preparar estes profissionais, criar espaços com potencial transformador e aos profissionais cabe não somente se apropriar destas oportunidades, mas também desejar e buscar novos espaços no saber. Penso que o saber é um processo, onde a cada dia deve ser desconstruído, construído e reconstruído pelo profissional de saúde.

Quanto às potencialidades, foram citadas: a alta cobertura das Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de estudo, bem como a reorganização do processo de trabalho em saúde e seu reflexo na redução de internações da criança/família na Unidade de Internação Pediátrica em estudo; o perfil do enfermeiro; o trabalho em equipe; as

orientações dos enfermeiros da atenção hospitalar; o interesse pelo estudo e profissionais capacitados da atenção hospitalar; a metodologia de assistência utilizada na atenção hospitalar e o Programa Capital Criança da atenção básica.

As potencialidades levantadas nos deixam otimistas, na expectativa que ocorram efetivamente mudanças na organização do processo de trabalho do enfermeiro na alta da criança/família. Percebemos que tais potencialidades nos mostram possibilidades reais de implantação de uma prática articuladora neste agir.

Procuramos então refletir sobre estes pontos, buscando encontrar caminhos para a reorganização deste trabalho, tendo em vista a promoção da saúde da criança e a redução de reinternações, principalmente as evitáveis.

Assim, consideramos importante o presente estudo, à medida que conhecer a atuação dos enfermeiros na articulação da atenção hospitalar e básica no pós alta da criança/família e reconhecer os limites, bem como as potencialidades da prática integral do enfermeiro neste processo, favorece um despertar destes profissionais para esta problemática e, possivelmente indicativos para alternativas de organização do processo de trabalho de enfermagem.

Acreditamos que é possível sim, modificar e reorganizar o processo de trabalho de enfermagem na alta da criança/família hospitalizada, principalmente quando existe subsídio por parte destes profissionais.

Quando colocamos que, apoiar o processo de alta hospitalar da criança/família corresponde a uma das dimensões da assistência dos profissionais de saúde, não estamos retirando a parcela de responsabilidade dos outros profissionais de saúde e da própria família que devem possuir neste processo. Ressaltamos que, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, devem atuar em equipe, com uma abordagem interdisciplinar, em busca da atenção integral à saúde da criança. Contudo, somente destacamos a atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar, por ser o foco de pesquisa.

Refletindo sobre estas questões e referindo-se a uma delas, à ESF, que muitas vezes é criticada por não conseguir reorganizar a prática assistencial do modelo hegemônico tradicional, é percebida aqui como uma potencialidade, à medida que vem conseguindo transformar uma parcela da assistência, ainda que não em toda sua magnitude, de maneira a diminuir o número de internações das crianças/famílias e se constituir um alicerce para a referência e contra-referência no processo de alta hospitalar da criança/família. Consideramos que a ESF é uma das portas de entrada ao sistema e concordamos com Cecílio (1997) quando coloca que, muitas vezes a atenção básica deixa de ser a porta principal de entrada, ficando por conta do hospital.

Os limites citados também podem e devem ser vistos como ferramentas para iniciar mudanças no processo de trabalho de enfermagem. Lembramos também de alguns pontos que geraram conflitos de opiniões, sendo vistos como potencialidades e limites, a exemplo, a presença do pediatra nas ULS, onde muitas vezes é visto como limite pelos enfermeiros da atenção básica, quando este profissional assiste a praticamente todas as crianças, fragmentando o cuidado realizado pela equipe, e pelo próprio enfermeiro que assiste a mulher nas várias fases de sua vida: mulher, mulher mãe, mulher gestante, porém após o nascimento atende somente a mulher puérpera, onde o recém nascido é assistido somente pelo pediatra. Infelizmente este agir ainda denota um cuidado fragmentado e exige esforços dos atores envolvidos, no sentido de buscar um cuidado integral e a construção da integralidade.

Neste sentido, para que ocorra uma prática que venha contribuir na construção da integralidade do cuidado no processo de alta hospitalar da criança/família, acreditamos que devam ocorrer ações, não apenas entre sujeito trabalhador de enfermagem e criança/família, mas, entre médicos e sujeito trabalhador de enfermagem, e entre os próprios sujeitos trabalhadores de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Acreditamos que a articulação do trabalho do enfermeiro da atenção hospitalar e a atenção básica/ESF no processo alta hospitalar da criança família favorecem a integralidade do cuidado. E para tal faz-se necessário uma assistência que rompa os limites da instituição hospitalar em encontro a equipes de ESF. Faz-se necessário a elaboração de um caminho que contribua para o fortalecimento da referência e contra-referência deste processo.

Neste sentido, o encontro com os enfermeiros envolvidos no estudo, durante as entrevistas, produziu algumas reflexões e, destas, surgiram alguns caminhos sugeridos por estes profissionais e pela pesquisadora para que possa ocorrer de fato uma prática integral no processo de alta da criança/família hospitalizada e a articulação entre atenção hospitalar e atenção básica.

Dentre as sugestões estão:

- o próprio programa Capital Criança existente na atenção básica no município pesquisado, acrescido de um olhar para esta parcela da assistência;
- a atuação de profissionais da atenção básica dentro da atenção hospitalar, captando as informações acerca das crianças internadas no local de estudo e moradoras neste município;
- o encaminhamento da criança pelas enfermeiras para a Unidade Local de Saúde de sua área de abrangência, com as informações da criança no processo de alta hospitalar, após contato telefônico;

- a estruturação de uma lista das Unidades Locais de Saúde com número do telefone e nome dos respectivos enfermeiros responsáveis pela área de abrangência da criança/família em processo de alta hospitalar e;

- passagem de plantão entre enfermeiros, por contato telefônico, com resumo de alta hospitalar da criança/família em processo de alta hospitalar.

Como profissional atuante na atenção hospitalar e atenção básica, consigo perceber a lacuna existente na atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança/família, as potencialidades, bem como os limites identificados. Reconhecendo esta deficiência, me questiono: O que fazer com esta lacuna na assistência? O que fazer com as potencialidades e limites identificados?

Consideramos importante investir em uma ação articuladora a fim de contribuir no preenchimento deste vazio e ser necessário reunir os atores envolvidos que compõem este cenário na elaboração de um novo agir, em busca da construção do SUS e consolidação da integralidade. Para garantir a integralidade é necessário ocorrer mudanças no agir, na maneira de realizar o cuidado à criança/família em processo de alta hospitalar.

Neste sentido, nos arriscamos a propor alguns caminhos como contribuição, no processo de trabalho de enfermagem, estabelecendo formas de articulação e comunicação entre profissionais e entre os níveis de atenção à saúde. Estes seriam construídos a partir de algumas das potencialidades identificadas. Vejamos:

- Aproveitar uma das potencialidades citadas, a metodologia de assistência de enfermagem utilizada na atenção hospitalar, inserindo no histórico de enfermagem um item nomeado “processo de alta”. Neste espaço, durante a internação e processo de alta hospitalar o enfermeiro preencheria com necessidades a serem trabalhadas após a saída da criança/família do hospital. Neste espaço também seria colocado o nome do responsável pela criança e endereço desta, facilitando assim, a identificação da equipe de ESF responsável por aquela área de abrangência.

- Elaborar uma lista de contatos com os números de telefones das ULS e suas equipes de ESF, em especial com os nomes dos enfermeiros, facilitando assim, o contato pelo enfermeiro da atenção hospitalar/UIP;

- Na ocasião da internação seriam comunicadas/repassadas por fax, aos enfermeiros da ESF das respectivas áreas de abrangências, as informações contidas no histórico de enfermagem ou mesmo de um formulário simplificado com as principais informações: data admissão; motivo de internação; número de internações anteriores/motivo; presença ou não de vínculo/participação dos pais e ou responsável no tratamento/internação;

- Na alta hospitalar seriam enviadas para as ULS, as demais informações (dia da alta, sumário de alta, condições da criança na alta, necessidades a serem trabalhadas no pós alta hospitalar) pelo familiar, anexada a caderneta de saúde; via fax para a ULS e Capital Criança;

Da participação da Atenção Básica:

- Estabelecer um agente responsável para ir ao hospital, talvez utilizar o mesmo caminho do programa Capital Criança, outra potencialidade identificada, para captar as informações na atenção hospitalar/UIP e levá-las a atenção básica/ Capital Criança/ULS, (para repassar as informações do processo de alta quando da impossibilidade de repassá-las por fax, ou mesmo para oficializar a informação);

- Agendar previamente uma consulta à criança/família com o enfermeiro e médico da família e ou enfermeiro/médico da família/pediatra na ULS, antes mesmo da saída da criança do hospital. Esta consulta contribuiria para a atuação do enfermeiro à saúde da criança e para o agir em equipe, tendo em vista a integralidade do cuidado.

- Priorizar Visita Domiciliar, para as crianças em processo de alta hospitalar;

- Enviar um relatório mensal ao Programa Capital Criança acerca das ações realizadas à criança/família em processo de alta hospitalar.

Por fim, consideramos relevante a questão da articulação dos prontuários informatizados. A implantação desta articulação e a conexão dos prontuários, facilitaria e o mais importante, agilizaria a troca de informações entre atenção hospitalar e atenção básica, não somente do processo de alta hospitalar, mas de toda a trajetória da saúde da criança, favorecendo assim, a integralidade da assistência.

Pensando sobre este limite, reconheço que, apesar de ambos os níveis de atenção à saúde serem informatizados, existe a incompatibilidade dos programas utilizados por estes, como foi identificado, este fator não seria algo fácil de implantar. Mas acredito que, talvez fosse viável instalar o programa de informática da atenção básica em estudo, o “Infosaúde”, em um dos computadores da atenção hospitalar/UIP. Este seria acessado pelas enfermeiras da atenção hospitalar/UIP, que receberiam uma senha e então poderiam pesquisar os prontuários das crianças e acrescentar as informações necessárias referente ao período de internação. Para a identificação das crianças em processo de alta por parte das enfermeiras da atenção básica, seria necessária uma mudança no “Infosaúde”, sugerimos o acréscimo de um ícone “alta hospitalar” com uma listagem das crianças/famílias internadas e em processo de alta hospitalar, para posterior pesquisa aos prontuários individuais por estes profissionais. Na impossibilidade deste acréscimo, poderia ser enviada uma listagem às enfermeiras das ULS

com crianças/famílias em processo de alta hospitalar para que estas pudessem identificá-las no “Infosaúde”.

Estas sugestões evidenciam as potencialidades encontradas na pesquisa, como a metodologia da assistência, o programa Capital Criança, o trabalhar em equipe e reduziriam uma grande parcela dos limites identificados na “lacuna no agir”, como: a ausência de comunicação, a ausência de um protocolo de articulação, as orientações dos enfermeiros da atenção hospitalar que, chegariam mais facilmente, à atenção básica, a falta de informação sobre a alta hospitalar pelo enfermeiro da atenção básica, bem como a desarticulação dos prontuários informatizados.

O interesse pelo tema em estudo não se encerra aqui, apenas aponta caminhos que necessitam ser trilhados por estes trabalhadores em busca da consolidação do SUS que queremos. O desafio proposto é gerar mudanças neste agir, ampliando-o para um agir sistêmico.

Chamamos a atenção dos profissionais envolvidos para pensar e construir juntos um plano, uma prática, para que efetivamente ocorra a articulação dos serviços de saúde e a prática integral a esta população. Para tal pretendemos repassar os resultados encontrados. Eis questões que merecem ser exploradas em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C.B. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

ANDRADE, M.M. **Introdução a metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

BARROS, E.B.B.; BARROS, R.B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 75-84.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Org. texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. **Lei n 8080 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: Guia do Conselheiro, 2002.

_____. **Lei n 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília: Guia do Conselheiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência nacional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Saúde da Família**. Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Portaria n 648 GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS. Brasília.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas/Florianópolis: UFPEL/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1996. 183p.

CAMARGO JR, K.R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 35-44.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 569-584, mar/abr. 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, LAURA C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out. 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **C Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 197-210.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.469-78, 1997.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad Luciana de Oliveira Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set.-out. 2004.

COSTA SILVA, V.; RIVERA, F.J.U.; HORTALE, V.A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brás. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1405-1414, jun. 2007.

DYNIEWICZ, A.M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2005.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-536, jul.-ago. 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O**

trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUTECH, 2006.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **PSF:** contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br.cns>> Acesso em: 27 agosto 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde Debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, jan-abr. 2002.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H. M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p.278-289, set-dez. 2003.

GOMES, R.S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 19-36.

HENRIQUES, R.L.M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 147-159.

HONORATO, C.E.M.; PINHEIRO, R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade:** valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 85-110.

ISSI, H.B. et al. **Hospitalização da criança e participação da família.** Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF - ciclo 2, módulo 2. Porto Alegre: ARTMED, 2007.

JULIANI, C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf.**, v. 33, n. 4, 323-33, dez. 1999.

KLIPPEL, M. et al. A pesquisa em administração com o uso de softwares QDA (Qualitative Data Analysis) . In: SIMPÓSIO SOBRE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 2004, Rezende/Rio de Janeiro. **Anais...** Simpósio sobre Excelência em Gestão e Tecnologia, Rezende, 2004.

LAURENT, M.C.R.; DIAS, V.L.M. **A sistematização da assistência de enfermagem em pediatria.** Programa de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF - ciclo 1, módulo 1. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS,

Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p 37-52.

MADEIRA, L.M. **Alta hospitalar da criança: implicações para a Enfermagem.** 1989. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/Madeira>> Acesso em: 27 agosto 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar-abr. 2007.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.A. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.11, n.1, p.187-205, jan/abr. 2002.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade na Atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-63.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 45-59.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** **Caderno Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set.-out. 2004.

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

MEHRY, E.E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MEHRY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento.** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOREIRA, D.A. O uso de Programas de Computador na Análise Qualitativa: Oportunidades, Vantagens e Desvantagens. **Revista de Negócios**, Blumenau, v. 12, n. 2, p. 56 - 68, abr/jun. 2007.

NEVES E.; GONÇALVES, L.H.T. **As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem.** In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA DE ENFERMAGEM, 3. Florianópolis, 1984. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984. p. 210-229.

OMS. **Carta de Otawa.** Aprovada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

em 1986. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/promoçãoalma.htm>> Acesso em: 15 maio 2008

PAULI, L.T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de Saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, Maria E.B.; MATTOS, R. A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. p. 161-204.

PINHEIRO, R. Integralidade e Práticas de Saúde: transformação e inovação na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. **Boletim ABEN**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p 8-11, jan./fev./mar. 2003.

PINHEIRO, R. Atenção básica à saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 174-178, abr-jun. 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. 228p.

PINHO, I. C.; SIQUEIRA, J. C. B. A.; PINHO, L. M. O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 42-51, 2006. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/pdf/v8n1a06.pdf> Acesso em: 27 agosto 2008.

PIRES, D. A Estrutura Objetiva do Trabalho em Saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (Org) **Processo de trabalho em saúde organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC/Papa-Livros, 1999.

PIRES, V. M. M. M. **Integralidade do cuidado no processo de trabalho das equipes de saúde da família: desafios na construção de uma prática de relações**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2007.

POLLIT, D.; BECK, C. T., HUNGLER B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, Paulo de Medeiros et al. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 1, p. S69-S78, 2008.

SILVA, K. L.; SENA, R R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 488-491, jul-ago. 2006.

SILVA JUNIOR, A. G; MERHY, E E.; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p.

113-128.

SILVA, V.C. **O processo de implantação do sistema integrado de serviços de saúde em Vitória - ES**; contribuição a discussão da integralidade na atenção à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R; MACHADO, F. R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, set-dez. 2003.

SOUZA, H. M. Entrevista com a Diretora do Departamento de Atenção Básica –SPS/MS. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, ed. esp., p. 7-16, dez. 2000.

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

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2005. p. 89-111.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis:. UFSC, 1999. 162p.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. (et al.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roteiro de entrevista a ser realizada com os sujeitos do estudo

1 – Dados Identificação

1.1. Codinome:

1.2. Faixa etária:

1.3. Sexo:

1.4. Tempo de atuação na:

- UIP: - PSF:

1.5. Especialização na área de atuação:

2. QUESTÕES:

2.1. O que você entende por processo de alta hospitalar? Qual sua atuação neste processo?

2.2. Descreva o processo de Referência e Contra- Referência no pós alta hospitalar da criança família em seu local de trabalho. Como ocorre?

2.3. Qual sua concepção sobre integralidade do cuidado?

2.4. a¹- Fale sobre a prática do enfermeiro na UIP relacionada ao atendimento integral no processo de alta da criança/família hospitalizada?

b²- Fale sobre a prática do enfermeiro da ESF relacionada ao atendimento integral no processo de alta da criança/família hospitalizada?

2.5. O que você citaria como limites e potencialidades do seu trabalho para a integralidade do cuidado na articulação da Atenção hospitalar e Atenção Básica/PSF no pós alta da criança/família?

2.6. Como você avalia a atuação do enfermeiro³ (UIP E PSF) na articulação Atenção Básica e Atenção Hospitalar na alta da criança/família ?

¹ a) questão a ser aplicada somente a enfermeiro da UIP.

² b) questão a ser aplicada somente a enfermeiro da ULS.

³ Referindo-se a atuação do enfermeiro da UIP caso o entrevistado seja da ULS, ou referindo-se a atuação do enfermeiro da ULS caso o entrevistado seja da UIP.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “Processo de Trabalho em Enfermagem na articulação entre Atenção Hospitalar e Básica no pós alta da Criança”, desenvolvido pela mestrandia **Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva** (RG n° 2.042.174-5 – SSP/SC – CPF n° 816.578.979/15) e sua orientadora, Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos** (RG n°: 5719132 - SSP/SC - CPF n°: 346.027.041-15).

O projeto de pesquisa tem como **objetivo geral**:

Analisar a articulação do trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família (ESF) no pós alta hospitalar da criança/adolescente/família, considerando a contribuição desta articulação para a integralidade do cuidado.

E como **Objetivo específico**:

Conhecer a atuação do enfermeiro na alta e pós alta da criança hospitalizada, a partir das manifestações destes trabalhadores, atuantes na Atenção Básica/ESF e hospitalar.

Identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado na articulação Atenção Básica/ESF e hospitalar.

Os **procedimentos** que serão usados serão:

A) Entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros de uma unidade de internação pediátrica e de unidades locais de saúde do município de Florianópolis. O registro dos dados colhidos será feito através de gravações, caso haja consentimento dos sujeitos envolvidos.

A pesquisa não oferece qualquer risco à seres humanos. Possui natureza educacional, no entanto, não trata-se de estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou procedimento pedagógico. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo processo investigativo, observadas as condições de:

- consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo;
- garantia de confidencialidade individual e institucional;
- respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral;
- amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo;
- os registros coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em sua residência. Só terão acesso aos mesmos o pesquisador envolvido e sua orientadora.

Os resultados da pesquisa trarão benefícios às instituições pesquisadas, no sentido de refletir junto aos enfermeiros acerca das potencialidades e limites da assistência de enfermagem no

processo de alta da criança hospitalizada, com vistas a motivar e encontrar formas organizacionais de trabalho para a superação de um vazio neste recorte da prática assistencial.

TERMO PÓS ESCLARECIMENTO

Eu....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

_____, ____ de _____ de 2008.

Em caso de necessidade, contate com: Mestranda Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva. Endereço: Elpídio da Rocha, 345 – Rio Tavares – Florianópolis – SC – Cep: 88048-398. Telefone (residencial): (48) 32374151. Celular: (48) 91176097. E-mail: raquelenfer@yahoo.com.br

Orientadora - Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos**. Endereço: Travessa Angela Chaves, 81 - Lagoa da Conceição - Florianópolis - SC - Cep: 88.062-350. Telefone (residencial): (48) 3211.8908. Telefone (UFSC): (48) 3721.9480. Fax (48) 3721-9787. Celular: (48) 9911.2880.

E-mail: flavia@nfr.ufsc.br

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Processo de Trabalho de Enfermagem na Articulação entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica no Pós Alta da Criança” da pesquisadora responsável Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEP/UFSC.

Florianópolis, 06/11/2008.

Marynes T. Reibnitz

Marynes Terezinha Reibnitz

Assessoria de Desenvolvimento Institucional

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Marynes T. Reibnitz
Assessoria Desenvolvimento
Institucional
Matrícula: 10672-0
P.M.F - SMS

ANEXO B – Autorização do Hospital Universitário da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE

DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: “Processo de Trabalho de Enfermagem na Articulação entre Atenção Hospitalar e Básica no Pós Alta da Criança”, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 29/10/2008

Prof. Felipe Feltes
Vice-Diretor Hospitalar

ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH**

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 335/08

I – Identificação:

- Título do Projeto: "PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM NA ARTICULAÇÃO ENTRE ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO BÁSICA NO PÓS ALTA DA CRIANÇA"
- Pesquisador Responsável: Profa. Dra Flávia Regina Souza Ramos
- Pesquisador Principal: Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva
- Data Coleta dados: Início: 05 de janeiro de 2009; Término previsto: abril/09
- Indique onde a pesquisa será conduzida: HU/UFSC (Unidade Internação Pediátrica, Unidades Locais de Saúde do Município de Florianópolis)

II - Objetivos:

Geral:

Analisar a articulação do trabalho de enfermeiros de uma Unidade de Internação Pediátrica Hospitalar e da Atenção Básica/ESF no pós alta hospitalar da criança/família, considerando a contribuição desta articulação para a integralidade do cuidado

Objetivos específicos:

- Conhecer a atuação do enfermeiro na alta e pós alta da criança hospitalizada a partir das manifestações destes trabalhadores, atuante na Atenção Básica/ESF e hospitalar;
- Identificar limites e potencialidades do trabalho do enfermeiro para a integralidade do cuidado na articulação Atenção Básica/ESF hospitalar.

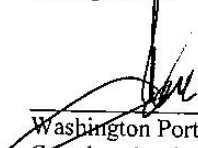
III – Comentário:

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. O projeto está bem elaborado. O objetivo é estudar a influência da hospitalização na vida da criança/adolescente, que gera insegurança e ameaça psíquica. Vislumbra-se, no presente caso, que foram atendidos princípios bioéticos.

V – Parecer final:

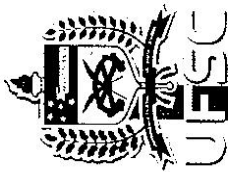
Ante o exposto, sou pela aprovação do projeto em análise.

(X) Aprovado


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

Data da Reunião do Conselho de Ética: 24 de novembro de 2008.

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO N° 291

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 335/08 FR- 226721

TÍTULO: Processo de trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós alta da criança.

AUTOR: Flávia Regina Souza Ramos e Raquel Vicentina Gomes de Oliveira da Silva.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de novembro de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

ANEXO D – Resolução 001/PEN/2008 – Trabalhos Terminais**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL****Instrução Normativa 01/PEN/2008**

Florianópolis, 10 de julho de 2008.

Dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora em exercício do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 09/07/2008 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

1. Aprovar o novo formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador, já publicados, submetidos à publicação ou no formato final para encaminhamento ao periódico.

3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a conter uma visão de conjunto do trabalho de pesquisa. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial Teórico-metodológico/método
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)
- artigo 1
- artigo 2
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial Teórico-metodológico/método

- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica (neste caso o artigo já deverá estar submetido à publicação ou publicado)

- artigo 1
- artigo 2
- artigo 3
- Discussão geral da tese
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

4. Orientações gerais:

a) Todos os artigos deverão ser apresentados nas normas do periódico à que foi ou que será submetido, sendo necessário explicitar o nome do periódico;

b) Os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a legislação vigente na UFSC;

c) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como Internacional B ou superior para Doutorado e Internacional C ou superior para Mestrado;

d) No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

e) O artigo que se caracterize como pesquisa bibliográfica já deverá estar submetido ou publicado. Já os demais artigos deverão estar no formato final para submissão ou poderão estar submetidos à publicação.

Esta Instrução Normativa entra em vigor na data desta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

ANEXO E – Instrução aos Autores – Revista Ciência, Cuidado e Saúde

Submissões

Ciência, Cuidado e Saúde

[Página inicial](#) [Sobre Acesso](#) [Cadastro](#) [Pesquisa Atual](#) [Arquivos](#) [Notícias](#) [Tutorial](#) [normas/enviar artigo](#)

[Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas](#)

[Ajuda do sistema](#)

Usuário

Login

Senha

Lembrar usuário

Idioma

Conteúdo da Revista

Pesquisa

Todos

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)
- [Por Título](#)
- [Outras revistas](#)

Tamanho de Fonte

Informações

- [Para Leitores](#)
- [Para Autores](#)
- [Para Bibliotecários](#)

[Página inicial](#) > [Sobre a Revista](#) > **Submissões**

Submissões

Submissões

- » [Submissões Online](#)
- » [Diretrizes para Autores](#)
- » [Declaração de Direito Autoral](#)
- » [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um Login/Senha para a revista Ciência, Cuidado e Saúde?

[Acesso](#)

Não tem Login/Senha?

[Cadastro de usuários](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso ou login são obrigatórios para submissão como também para verificar o estágio das submissões.

Diretrizes para Autores

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à Ciência, Cuidado e Saúde, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

Para submissão do artigo é necessário que pelo menos um dos autores seja assinante da revista. Acrescentamos que em caso de aprovação, os demais autores também deverão fazer a [assinatura da revista](#).

Assinatura Anual

Pessoa Física - R\$ 100,00

Instituição - R\$150,00

Aluno (de Graduação e Pós-graduação) -R\$ 80,00

Números Avulsos - R\$ 25,00

Números Avulsos (Anos anteriores) - R\$ 15,00

A quitação do *boleto bancário* é informada automaticamente. Não é necessário encaminhar o comprovante.

Os dados (nome, endereço completo com CEP, telefone; e em caso de aluno, também a instituição e o curso) deverão ser enviados para o e-mail: revden@uem.br.

Em caso de números avulsos, também informar por e-mail o exemplar desejado.

Informamos que os exemplares são encaminhados como IMPRESSOS, via correios, desse modo, alertamos que a entrega poderá demorar até dez dias úteis para ser realizada.

Os autores deverão encaminhar via correio:

1. Carta de submissão dirigida à Comissão Editorial da Ciência, Cuidado e Saúde, assinado por todos os autores, contendo declaração de que se trata de trabalho inédito e que o mesmo não está sendo submetido a outro periódico.
2. Declaração de transferência dos direitos autorais à Revista Ciência, Cuidado e Saúde, assinada por todos os autores.
3. Cópia do Parecer do Comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

O manuscrito só será submetido a avaliação dos pareceristas após a chegada destes documentos

Para avaliação do manuscrito, além das normas de publicação serão consideradas: atualidade e relevância do tema, originalidade, consistência científica e atendimento aos aspectos éticos. Os autores são responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho.

Após submissão não serão admitidas inclusão ou exclusão de autores.

As opiniões e conceitos emitidos nos trabalhos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a opinião da Comissão Editorial.

Normas para apresentação dos trabalhos

1) Aspectos gerais

- Serão aceitos trabalhos redigidos em português, inglês e espanhol.
- Nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão fazer referência ao número do parecer aprovado pelo Comitê de Ética que analisou a pesquisa, bem como explicitar o processo adotado para atendimento das prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os artigos deverão ser digitados em "word for windows" 98 ou superior, fonte "Times New Roman", tamanho 12, com espaçamento duplo, com margens de 2,5 cm e papel A4.
- Ilustrações coloridas (figuras) não serão aceitas para publicação, devendo ser adaptadas para tons de cinza ou preto. Figuras e tabelas

Submissões

devem ser limitadas (os) a cinco no total.

2) Organização

a) Manuscrito

Exige-se correção de português, inglês e espanhol e não deverá conter notas de rodapé. Deverá apresentar a seguinte estrutura:

- Título: em português, inglês e espanhol;
- Resumo em português contendo no mínimo 150 e no máximo 200 palavras;
- Palavras-chave: 3(três) a 5 (cinco) palavras ou expressões que identifiquem o tema, utilizando termos listados nos "Descritores em Ciências da Saúde- DECS-LILACS", elaborado pela BIREME;
- Resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen): devem corresponder à versão do resumo em português e seguido pela expressão Palavras-chave (Keywords e Palabras clave).
- Texto propriamente dito (Introdução, Metodologia, Resultados e Discussão, Conclusão /considerações finais, Agradecimentos e Referências).

Observações:

- o depoimento dos sujeitos deverá ser apresentado em espaço simples, em itálico, com recuo à esquerda, fonte tamanho 10, sem aspas e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes [...], e intervenções ao que foi dito devem ser apresentadas entre chave { };
- citação "ipsis literes" de até três linhas, usar aspas, na seqüência do texto; acima de três linhas, colocar em espaço simples, com recuo à esquerda de 4cm, fonte tamanho 10. Nos dois casos fazer referência ao número da página de onde foi retirado o trecho em questão Exemplo(19:6).

3) Referências

- Não ultrapassar o limite de 20 (vinte). No texto devem ser numeradas, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez.
- Devem ser identificadas no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem a menção aos autores, exceto quando estritamente necessária à construção da frase. Nesse caso além do nome (sem o ano), deve aparecer o número correspondente.
- Ao fazer a citação seqüencial de autores, separe-as por um traço (ex. 3-5); quando intercalados utilize vírgula (ex. 5,8,12).
- As referências devem ser listadas na mesma ordem de citação no texto, ignorando a ordem alfabética de autores.
- Devem constar os nomes de todos os autores até 6, quando ultrapassar este número, citar os seis primeiros autores e em seguida utilizar a expressão et al.
- As referências devem ser alinhadas à esquerda.
- A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, justificar em "Comentários ao Editor".
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF (desde que não ultrapasse os 2MB)
3. Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.
4. O texto está em espaço duplo; usa fonte arial 11-pontos; emprega itálico ao invés de sublinhar (exceto em endereços URL); com figuras e tabelas, no limite de cinco, inseridas no texto, e não em seu final. Limites de páginas de acordo com o tipo de contribuição (Artigos originais e de revisão, 15 páginas e relatos de experiência e reflexão, 10 páginas).
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Sobre a Revista.
6. A identificação de autoria deste trabalho foi removida do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em [Asegurando a Avaliação por Pares Cega](#).

Declaração de Direito Autoral

DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo ".....", concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva de Ciência Cuidado e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Ciência Cuidado e Saúde.

Assinatura do(s) autor(es)

Data

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

ISSN 1677-3861 (impresso) e ISSN 1984-7513 (on-line)

ANEXO F – Declaração de Transferência de Direitos Autorais

DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Declaro que em caso de aceitação do artigo “INTEGRALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA”, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva de Ciência Cuidado e Saúde, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Ciência Cuidado e Saúde.


Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva

Flávia Regina Souza Ramos

Data

ANEXO G – Instrução aos Autores – Revista da Escola de Enfermagem da USP - REUSP

Revista da Escola de Enfermagem - USP



Busca Avançada

Volumes Publicados na Coleção Scielo

Edições Disponíveis

Sobre a Revista
Corpo Editorial
Assinatura

Links
Notícias

Instruções aos Autores
Envio de Artigos

Apoio

Fale Conosco

Instruções aos Autores

Instruções aos Autores

A Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética (via online)**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais** (modelo em anexo), via documentação suplementar.

Artigo Original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos páginas de identificação dos autores e resumos.
Sua estrutura deve conter:

- **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
- **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
- **Revisão da Literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.
- **Métodos:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
- **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.
- **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- **Conclusão:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

▪ **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

▪ **Artigo de revisão:** estudo abrangente e crítico da literatura sobre um assunto de interesse para o desenvolvimento da Enfermagem, devendo apresentar análise e conclusão. Limitado a 10 páginas.

▪ **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.

▪ **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo *sumariamente devolvido em caso de não atendimento*. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional, endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

▪ **Citações** – deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos autores mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: (1-4); quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

▪ **Notas de rodapé** – deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

▪ **Depoimentos** – frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.

▪ **Tabelas** – a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.

▪ **Apêndices e anexos** – devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.

Fotos – serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.

Agradecimentos – contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata - após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por e-mail.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (**Descritores em Ciências da Saúde**), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) *Medical Subject Headings*, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito deve ser encaminhado por via eletrônica online (<http://www.scielo.br/reeusp>) acompanhado de carta ao Editor (no item Carta de Apresentação do Artigo) informando os motivos pelos quais você selecionou a REEUSP para submeter o seu manuscrito. Adicionalmente informe os avanços e as contribuições do seu texto frente as publicações recentes já veiculadas na temática nos últimos anos.

Exemplos/ Examples/ Ejemplos

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço de emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kempainen J, Holzemer W, Nokes K, et al.

Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. *J Adv Nurs*. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*.

2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del Volumen
Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo
Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13 (9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen
Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen
Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografías

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal
Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor /Organizer, editor or compiler as author
/Organizador, editor, coordenador como autor
Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra
Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra
Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. *Gênese da profissionalização da enfermagem*; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.)
Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g) Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados
Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales
Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.
São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo*, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.
Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/2006: AME. 4^a ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico

a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografia en formato electrónico

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

b) Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10): [about 1 p.]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/258.pdf>

c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>

ANEXO H – Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos AutoraisDECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E DE CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Vimos submeter à aprovação da **REEUSP** o manuscrito **Processo de Trabalho de Enfermagem na alta da criança hospitalizada: articulação da Atenção hospitalar e básica** e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista. Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da **REEUSP**.

Categoria do artigo *Original

Assinaturas dos autores

Data: ____/____/____

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva

Flávia Regina Souza Ramos

ANEXO I – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores



ISSN 0104-1169 versão impressa
ISSN 1518-8345 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para publicação dos manuscritos](#)
- [Categorias de artigos](#)
- [Preparação dos manuscritos](#)
- [Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais](#)

Instruções para publicação dos manuscritos

Estas instruções visam orientar os pesquisadores sobre as normas adotadas por essa Revista para avaliação de manuscritos submetidos. As referidas instruções baseiam-se na tradução do documento "[Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos](#)" elaborado pelo [International Committee of Medical Journal Editors](#) (Estilo "Vancouver"), publicado na [Rev Latino-am Enfermagem 2001 março](#); 9(2). Sugere-se consulta ao citado documento para complementação de informações aqui contidas.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Latino-Americana de Enfermagem, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(es) deverá(ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo [Anexo](#).

Os manuscritos são publicados em três idiomas: inglês, português e espanhol. No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à Comissão de Editoração em um único idioma, e em caso de aprovação, os autores deverão providenciar a tradução para os outros dois idiomas de acordo com as recomendações da Revista. A versão no idioma inglês será editada na revista impressa e as versões inglês, português e espanhol serão editadas na versão online.

O encaminhamento dos manuscritos juntamente com a documentação necessária será on-line através do endereço www.eerp.usp.br/rlae.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da Comissão de Editoração e do [Conselho Editorial](#).

A publicação dos manuscritos dependerá da observância das normas da Revista e da apreciação do [Conselho Editorial](#), que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive apresentar sugestões ao(s) autor(es) para as alterações necessárias. Neste caso, o referido trabalho será reavaliado pela Comissão de Editoração. Os nomes dos relatores permanecerão em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) aos relatores. Manuscritos recusados para publicação serão notificados e não devolvidos.

Quando a investigação envolver sujeitos humanos, os autores deverão apresentar uma declaração de que foi obtido o consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou a pesquisa.

Fotos coloridas não serão publicadas. Em caso de uso de fotografias em branco e

preto os sujeitos não podem ser identificados ou então suas fotos deverão estar acompanhadas de permissão, por escrito, para fins de divulgação científica.

Categories de artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a **Revista Latino-Americana de Enfermagem** publica revisões, atualizações, comunicações breves/relato de casos, cartas ao editor, resenhas, página do estudante e editoriais.

- **Artigos originais:** são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem atender aos princípios de objetividade e clareza da questão norteadora, digitados (Times New Roman 12) e impressos em folhas de papel A4 (210 X 297 mm), com espaço duplo, margem de 2,5 cm de cada um dos lados e linhas, perfazendo um total de no máximo 15 páginas para os artigos originais (incluindo as ilustrações _ gráficos, tabelas, fotografias, etc). As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Figuras serão aceitas, desde que não repitam dados contidos em tabelas. Recomenda-se que o número de referências bibliográficas limite-se a 15, havendo, todavia, flexibilidade. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados e discussão. A **Introdução** deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Fornecer referências que sejam estritamente pertinentes. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Os **Resultados** devem limitar-se a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A **Discussão** deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as limitações do estudo, além de conclusões e indicação de caminhos para novas pesquisas. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa de modo geral.

- **Revisões:** avaliação crítica sistematizada da literatura ou reflexão sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Os procedimentos adotados e a delimitação do tema devem estar incluídos. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

- **Artigos Teóricos:** artigos resultantes de estudos teóricos que abrangem análise, discussão e síntese conceitual, filosófica, teórica, política, de modelos, de inovações, de questões profissionais emergentes e que contribuam para o aprofundamento de temas de interesse para a área de Enfermagem e de Saúde. Os artigos teóricos são densos em termos de elaboração criativa, de posicionamento do autor e de proposições para a comunidade científica e/ou profissional. Sua extensão limita-se a 15 páginas.

- **Atualizações:** trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo ou potencialmente investigativa. Sua extensão limita-se a 5 páginas.

- **Comunicações breves/Relato de casos:** estudos avaliativos, originais ou notas prévias de pesquisa contendo dados inéditos e relevantes para a enfermagem. A apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, limitando-se a 5 páginas.

- **Cartas ao Editor:** inclui cartas que visam a discutir artigos recentes, publicados

na Revista, ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Sua extensão limita-se a 1 página.

- **Resenhas:** análise de obra recentemente publicada, contida em 2 páginas.

- **Página do Estudante:** espaço destinado à divulgação de estudos desenvolvidos por alunos de graduação, com explicitação do orientador em nota de rodapé. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, com extensão limitada a 5 páginas.

* International Committee of Medical Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, *New Engl J Med* 1997;336:309-16

Preparação dos manuscritos

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de seis autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (modelo anexo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

PROCESSO DE JULGAMENTO

Os critérios de editoração estabelecidos pela revista visam garantir a qualidade das publicações. O editor avalia se o artigo recebido para publicação traz contribuições para a enfermagem e se é de interesse para os leitores; então os encaminha a dois conselheiros que os analisam com base em informações contidas em um instrumento elaborado pela Comissão de Editoração. Em caso de outras abordagens os artigos são avaliados conforme as exigências metodológicas da abordagem utilizada. O processo é altamente sigiloso não havendo em nenhum momento a identificação entre autor/revisor. Diante dos pareceres emitidos pelos conselheiros, o editor toma ciência e os analisa em relação ao cumprimento das normas de publicação. Posteriormente encaminha os pareceres de aceitação da publicação, necessidade de reformulação ou de recusa justificada aos autores.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

a) **Página de identificação:** título do artigo e subtítulo (conciso, porém informativo); nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído e endereço eletrônico.

b) **Resumo e Descritores:** o resumo deverá conter até 150 palavras, contendo objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos do estudo, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 10 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos. Para determinação dos descritores consultar o International Nursing Index e a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DECS-LILACS", elaborada pela BIREME e ou "Medical Subject Heading - Comprehensive Medline". Todos os artigos deverão incluir resumos em português, espanhol e inglês. Apresentar seqüencialmente os

três resumos na primeira página incluindo títulos e unitermos nos respectivos idiomas.

c) **Ilustrações, abreviaturas e símbolos:** as **tabelas:** devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Os **quadros** são identificados como tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto. As **figuras** (fotografias, desenhos, gráficos, etc), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As **ilustrações** devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

d) **Notas de Rodapé:** deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

e) **Referências Bibliográficas:** numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas. Quando tratar-se de citação seqüencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados use vírgula (ex: 1,5,7). Listar os 6 primeiros autores seguidos de et al., separando-os por vírgula.

ERRATA

Os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

- quando necessária a inclusão de depoimentos dos sujeitos apresentar em itálico em letra tamanho 10, na seqüência do texto;

- citação "ipsis literes" usar aspas, na seqüência do texto;

- os "requisitos uniformes" (Estilo "Vancouver") baseiam-se grande parte nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela National Library of Medicine (NLM).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Artigos de periódicos

1 - Artigo Padrão

Elias MS, Cano MAT, Mestriner W Jr, Ferriani MGC. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. Rev Latino-am enfermagem 2001 janeiro; 9(1):88-95.

2 - Artigo de periódico com indicação de subtítulo

Diniz NMF, Lopes RLM, Almeida MS, Gesteira SMA, Oliveira JF. Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. Rev.Latino-am.Enfermagem 2000 agosto; 8(4):88-94.

3 - Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21):1-27.

4 - Sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000 dezembro;75(6):28-32.

5 - Edição com suplemento

Faggioni LPC, Palma PVB, Silva AR, Moraes FR, Covas DT. Mononuclear viability in non-leukoreduced packed red cells. Ser Monogr Esc Bras Hematol 1999; 6 Suppl:150.

6 - Fascículo com suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23(1 Suppl 2):89-97.

7 - Parte de um volume

Stefanelli M, Dazzi L, Fassino C, Lanzola G, Quaglioni S. Building patient workflow management systems by integrating medical and organizational knowledge. Medinfo 1998; 9(Pt 1):28-32.

8 - Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

9 - Fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988; (530):16-7.

10 - Sem fascículos e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

11 - Paginação em algarismos romanos

Lederberg J. What's important about technology. Ann NY Acad Sci 2000; 919:xi-xii.

12 - Indicação do tipo de artigo se necessário (review, abstract, etc.)

Billings DM, Ward JW, Penton-Cooper L. Distance learning in nursing. [abstract]. Semin Oncol Nurs 2001 Feb;17:48-54.

Sendler A, Bottcher K, Etter M, Siewert JR. Gastric carcinoma [review]. *Internist* 2000;41:817-8, 821-6,828-30.

13 - Artigo contendo retratação

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfreid TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in tehe mice. [retractation of Garey CE, Schawartzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet* 1994; 6: 426-31]. *Nat Genet* 1995;11:104.

14 - Artigo retratado

Liou GL, Wang M, Matragoo S. Precocious IRBP gene expression during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994; 35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1994;35:1083-8.

15 - Artigos com erratas publicadas

Heller A, Freeney A, Hessefort S, Villereal M, Won L. Cellular dompamine is increased following exposure to a factor derived form immortalized striatal neurons in humans [published erratum appear in *Neurosci Lett* 2001 Jan 19; 297(3):216]. *Neurosci Lett* 2000;295:1-4.

Hamlin JÁ, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair (published erratum appears in *West J Med* 1995; 62:278). *West J Med* 1995;162-28-31.

Livros e outras monografias

16 - Indivíduo como autor

Ramos J Jr. *Semiotécnica da observação clínica*. 8ª ed. São Paulo (SP): Sarvier;1998.

17 - Organizador, Editor, Compilador como Autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo (SP): Cortez; 1997.

18 - Instituição como autor e publicador

Ministério da Saúde (BR). *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde;1997.

19 - Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

20 - Evento (Anais/Proceedings de conferência)

Andersson M, Mendes IAC, Trevizan MA. Universal and culturally dependent issues in health care ethics. *Proceedings of the 13th World Congress on Medical Law*; 2000 August 6-10; Helsink; Finland; 2000.

21 - Trabalho apresentado em evento

Melo AS, Gabrielli JMW, Pelá NTR. Monografia: seu significado para alunos e orientadores de um curso de graduação em enfermagem. In: Mendes IAC, Carvalho EC, coordenadores. Comunicação como meio de promover a saúde. 7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 2000. junho 5-6; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: FIERP; 2000. p.63-7.

22 - Relatório científico ou técnico

Publicado pela agência patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report nº HHSIGOEI 69200960.

Publicado pela agência responsável por seu desenvolvimento:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy press; 1995. Contract nº AHCPR282942009. Sponsored by the Agency for Health Care policy and Research.

23 - Dissertação e Tese

Amarante ST. Análise das condições ergonômicas do trabalho das enfermeiras de centro cirúrgico. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1999.

24 - Patente

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the hearth. Us patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

Outros trabalhos publicados

25 - Artigo de Jornal

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21: Sect. A; 3 (col. 5).

26 - Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

27 - Documentos legais

Leis aprovadas:

Preventive Health Ammendments of 1993, Pub. L. nº 103-183, 107 Stat. 2226 (Dec. 14, 1993).

Projetos de Lei:

Medical Records Confidentiality Act of 1995. S. 1360, 104th Cong., 1st Sess. (1995).

Código de regulamentações federais:

Informed Consent. 42 C.F.R. Sect. 441.257 (1995).

Audiência:

Increased Drug Abuse: the Impact on the Nation's emergency rooms: Hearings Before the Subcomm. On Human Resources and Intergovernmental Relations of the House Comm. On Government Operations, 103rd Congr., 1st Sess. (May 26, 1993).

28 - Mapa

North Carolina. Tuberculosis rates per 10,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Depto. Pf Environment, Health, and Natural Resouces, Div. of Epidemiology; 1991.

29 - Texto da Bíblia

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

30 - Dicionários e obras de Referência similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p.119-20.

31 - Obras clássicas

The winter's Tale: act 5, scene 1. Lines 13-16. The complete works of Williams Shakespeare. London: Rex; 1973.

Material não publicado

32 - No prelo

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Material eletrônico

33 - Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; (1): [24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

34 - Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology ilustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach 11. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

35 - Resumo apresentado em evento

Lavrador MAS. Uma nova metodologia para o diagnóstico de morte cerebral em pacientes comatosos de Unidade de Terapia Intensiva. [CD ROM]. In: Mendes IAC, Ferraz CA, coordenadoras. Organização do setor Saúde nas Américas: contribuição da investigação em Enfermagem. 6^o Colóquio Interamericano de Investigação em

Enfermagem; 18-22 maio 1998. Ribeirão Preto (SP): EERP-USP; 1998.

Robazzi MLCC, Carvalho EC, Marziale MHP. Nursing care and attention for children victims of occupational accident. Conference and Exhibition Guide of the 3rd International Conference of the Global Network of WHO Collaborating Centers for Nursing & Midwifery; 2000 July 25-28; Manchester; UK. Geneva: WHO; 2000.

36 - Programa de Computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): computerized Educational Systems; 1993.

Observação:

- A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.
- Referências bibliográficas não contemplados nos exemplos descritos (Estilo "Vancouver") não serão aceitas.

Endereço de correspondência

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Telefone: (0XX16) 3602.3451 - FAX: (0XX16) 3633.3271

Endereço eletrônico: www.eerp.usp.br/rlae - E-mail: rlae@eerp.usp.br

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de Responsabilidade e (2) Transferência de Direitos Autorais.

Primeiro

autor: _____

Título do

manuscrito: _____

1. Declaração de Responsabilidade _ Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores

- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribui substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura do(s) autor(es)

Data: _____

2. Transferência de Direitos Autorais _ Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura do(s) autor(es)

Data: _____

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Av. Bandeirantes, 3900
14040-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3633-3271



rlae@eerp.usp.br

ANEXO J – Declaração de responsabilidade e transferência dos direitos autorais

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais

Primeiro autor: Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva

Título do manuscrito: Prática integral do enfermeiro no processo de alta hospitalar da criança: limites e potencialidades

1. Declaração de Responsabilidade _ Todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declaração de responsabilidade nos termos abaixo:

- Certifico que participei suficientemente do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo conteúdo.
- Certifico que o artigo representa um trabalho original e que nem este manuscrito, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, que seja no formato impresso ou no eletrônico.
- Atesto que, se solicitado, fornecerei ou cooperarei na obtenção e fornecimento de dados sobre os quais o artigo está baseado, para exame dos editores.

No caso de artigos com mais de seis autores a declaração deve especificar o(s) tipo(s) de participação de cada autor, conforme abaixo especificado:

- Certifico que (1) Contribui substancialmente para a concepção e planejamento do projeto, obtenção de dados ou análise e interpretação dos dados; (2) Contribui significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; (3) Participei da aprovação da versão final do manuscrito.

Assinatura do(s) autor(es) Data:

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva

Flávia Regina Souza Ramos

2. Transferência de Direitos Autorais _ Declaro que em caso de aceitação do artigo, concordo que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Revista Latino-Americana de Enfermagem, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Assinatura do(s) autor(es) Data:

Raquel Vicentina Gomes de Oliveira Silva

Flávia Regina Souza Ramos