

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

Natalia Ferrari Vedroni

**Alta hospitalar responsável: dispositivo para a continuidade do cuidado de pessoas com
Diabetes Mellitus**

São Carlos-SP

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

Natalia Ferrari Vedroni

**Alta hospitalar responsável: dispositivo para a continuidade do cuidado de pessoas com
Diabetes Mellitus**

Projeto de dissertação de mestrado apresentado junto à Universidade Federal de São Carlos, como requisito para obtenção do título de mestra, junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano

São Carlos-SP

2024

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter iluminado meu caminho neste importante momento, assim como os demais em minha vida!

Aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, muitas vezes abdicando de seus sonhos para proporcionar as melhores experiências que pude desfrutar. Jamais conseguirei retribuir todo esse esforço, porém sou eternamente grata por me ensinarem pelo exemplo de vida de vocês a sempre seguir os melhores caminhos.

Às minhas amigas e amigo, por sempre estarem por perto, e proporcionarem momentos inesquecíveis, cada um no seu jeito e tempo: Mirella, Olivia, Nelli, Priscila, Dani, Bi, amo vocês e saibam que são essenciais em minha vida.

Às pessoas especiais que encontrei no meu caminho no ambiente profissional, que acreditaram em mim, sempre me auxiliando nessa jornada: Denise Minelli, Eduarda Ferreira Lopes, Mônica Pereira, José Venção.

Aos pacientes, que, com as experiências vivenciadas, tornaram possível perceber certas questões que ainda temos que aprimorar.

Aos membros da banca por estarem presentes neste importante momento de aprendizado e que sempre será lembrado: Prof. Dr. Édson Malvezzi, Profa. Dra. Sueli Sampaio, Profa. Dra. Maristel Kasper, Prof. Dr. Wagner Figueiredo.

À minha orientadora Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, por todos os ensinamentos e paciência. Minha eterna gratidão por tudo que me ensinou e por se manter sempre presente.

A todos vocês, meu muito obrigada.

RESUMO

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um dispositivo inerente ao Sistema Único de Saúde que garante a integralidade no cuidado, fazendo parte de um contexto em que a atenção primária à saúde assume um papel central como coordenadora do cuidado. Com base nesse conceito, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a contribuição da alta hospitalar responsável na continuidade do cuidado a pessoa com Diabetes Mellitus, sendo esta uma doença crônica que afeta uma parte significativa da população e que provoca repercussões importantes nas esferas social, econômica e familiar.

A crescente prevalência do Diabetes Mellitus, gera complicações que impactam diretamente a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes, sendo assim, torna-se essencial verificar estratégias que assegurem a continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Nesse sentido, a alta hospitalar responsável é compreendida como uma prática que pode facilitar a transição do cuidado, minimizando a possibilidade de reinternações, promovendo também uma melhor adesão e continuidade do tratamento.

A abordagem metodológica utilizada foi a qualitativa, por meio da aplicação de um questionário semiestruturado a pessoas internadas com Diabetes Mellitus. Essa metodologia permitiu uma avaliação aprofundada das necessidades de saúde dos participantes e da eficácia dos processos assistenciais relacionados à alta hospitalar. Os resultados obtidos evidenciaram fragilidades na atenção à saúde de maneira integral, destacando a escassa conexão entre os usuários e os serviços de saúde. As evidências sugerem que a falta de um vínculo forte e escuta ativa, resulta em desafios na continuidade do cuidado, reforçando a necessidade de investimentos na atenção primária. Além disso, a pesquisa aponta para a urgência de desenvolver estratégias eficazes para a organização da RAS, promover a qualificação contínua dos profissionais de saúde e implementar revisões nos processos de trabalho. A educação permanente também se destaca como um fator essencial para a melhoria da prática assistencial, capacitando os profissionais a atender às demandas de saúde da população. Esses achados não apenas contribuem para a discussão sobre a importância da integralidade no cuidado, mas também oferecem subsídios para a formulação de políticas públicas que visem a melhoria dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao atendimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: Rede de Atenção à Saúde; Alta Hospitalar Responsável; Integralidade; Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

ABSTRACT

The organization of the Health Care Network (HCN) is an inherent component of the Unified Health System (SUS) that ensures comprehensive care, playing a role in a context where primary health care takes on a central role as the care coordinator. Based on this concept, the present research aims to analyze the contribution of responsible hospital discharge in the continuity of care for individuals with Diabetes Mellitus, a chronic disease that affects a significant portion of the population and has important social, economic, and family repercussions.

The increasing prevalence of Diabetes Mellitus leads to complications that directly impact the quality of life and functional capacity of patients. Therefore, it becomes essential to verify strategies that ensure continuity of care after hospital discharge. In this sense, responsible hospital discharge is understood as a practice that can facilitate the transition of care, minimizing the possibility of readmissions, and also promoting better adherence and continuity of treatment.

The methodological approach used was qualitative, through the application of a semi-structured questionnaire to individuals hospitalized with Diabetes Mellitus. This methodology allowed for an in-depth assessment of the participants' health needs and the effectiveness of care processes related to hospital discharge. The results obtained highlighted weaknesses in comprehensive health care, pointing to the scarce connection between users and health services. The evidence suggests that the lack of a strong bond and active listening results in challenges in the continuity of care, reinforcing the need for investments in primary care. Furthermore, the research points to the urgency of developing effective strategies for the organization of the HCN, promoting continuous qualification of health professionals, and implementing reviews of work processes. Permanent education also stands out as an essential factor for improving care practices, enabling professionals to meet the health demands of the population. These findings not only contribute to the discussion on the importance of comprehensive care but also offer insights for the formulation of public policies aimed at improving health services, especially regarding the care of chronic non-communicable diseases.

Keywords: Health Care Network; Responsible Hospital Discharge; Comprehensive Care; Chronic Non-Communicable Diseases.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRSIII	Diretoria Regional de Saúde de Araraquara
FID	Federação Internacional de Diabetes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SES/SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição por sexo, faixa etária, Matão/SP, 2023.....	32
Tabela 2 - Demonstração de vínculo com atenção primária, Matão/SP, 2023.....	33

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização do problema da pesquisa	12
1.2 Contexto do cenário da pesquisa	17
2 JUSTIFICATIVA.....	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos.....	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo de Pesquisa	25
4.2 Participantes da pesquisa	26
4.2.1 Pessoas portadoras de Diabetes Mellitus	26
4.2.2 Critérios de inclusão das pessoas	26
4.2.3 Critérios de exclusão das pessoas	27
4.2.4 Instrumentos para a produção dos dados	27
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	28
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	31
6.1 Rede de Atenção à Saúde e integralidade do cuidado	33
6.2 O papel da atenção primária em saúde e a continuidade do cuidado.....	36
6.3 O vínculo e a responsabilização	40
6.3.1 As relações entre profissionais de saúde x pessoa portadora de Diabetes Mellitus	41
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICES: VERSÃO PACIENTE	51

APRESENTAÇÃO

Refletir a respeito da minha trajetória acadêmica e profissional é voltar a tantas hipóteses que já foram construídas e reformuladas desde a minha primeira formação acadêmica, que foi em Direito, e posteriormente em Serviço Social, as quais, embora desafiadoras, percebo hoje que foram escolhas que, por conseguinte, concretizaram meu início de carreira como Assistente Social do Hospital de Matão, onde atuo há 9 anos.

Embora tenha iniciado minhas atividades como Assistente Social, posteriormente exerci a função de Coordenadora do Centro de Humanização, Gestora de Saúde, e atualmente Gerente de Serviços de Saúde. Ao mesmo tempo em que exerço essa função, também obtive a oportunidade de conhecer o ambiente acadêmico, e há 5 anos também atuo como Coordenadora e Docente do curso de Serviço Social da Universidade de Araraquara – Uniara.

Ao longo das minhas vivências, sempre tive o sonho de fazer um Mestrado, porém passei por uma longa jornada que foi essencial ao meu amadurecimento até chegar ao Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da UFSCar. Muitas foram as tentativas em diversos programas, porém sempre tive a certeza de que o melhor iria acontecer e no momento certo.

O interesse pelo tema desta pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica surgiu após diversas discussões promovidas por parte da Diretoria Regional de Saúde de Araraquara (DRSIII) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), onde tive a oportunidade de participar dos espaços de discussões e pactuações junto aos demais representantes da região, sendo sempre discutidas formas de cuidados aos pacientes atendidos no complexo hospitalar que é referência municipal e regional.

A partir destes movimentos realizados, consegui maior aproximação do Programa de Mestrado Profissional, e por meio do projeto de pesquisa ingressei nele em abril de 2020, tendo como linha de pesquisa o enfoque da Gestão do Trabalho. As disciplinas obrigatórias e optativas foram devidamente integralizadas, bem como as demais atividades inerentes à finalização da presente pesquisa, a qual espero que possa contribuir para a qualificação da Gestão do Trabalho no SUS.

Atualmente atuo há 2 anos na gestão de equipes do referido hospital, e somente tenho a agradecer o quanto o mestrado contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal. Certamente sempre foi um grande sonho chegar até essa fase, porém não imaginava a complexidade de situações que seriam vivenciadas e que muito contribuiriam para o meu crescimento.

O que posso dizer é que trata-se de um enorme desafio estar à frente da gestão de um serviço de saúde, principalmente pela complexidade dos casos apresentados, mudanças que ocorrem em nível de gestão ou até mesmo das doenças, sendo essencial ter um olhar atento para todas essas mudanças estruturais, sem esquecer das pessoas que estão por trás disso.

Sem dúvidas, posso afirmar que o Mestrado Profissional possibilitou uma ampla visão para a necessidade de um olhar atento a essas dinâmicas, porém também um olhar para os profissionais que estão envolvidos no cuidado, em que, muitas vezes, nos deparamos com diversas situações que nos mostram ser desafiadoras, e se falamos tanto em acolhimento aos usuários, por que também não mencionar sobre o acolhimento aos profissionais? É essencial entender o contexto em que todos estão inseridos para que seja possível alcançar as mudanças necessárias.

Certamente ao observar toda a minha trajetória, posso afirmar que esse estudo foi o mais desafiador e também o de maior aprendizado, no qual espero alcançar, em conjunto com as equipes, mudanças que sejam significativas para os usuários bem como para os profissionais envolvidos no cuidado.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema da pesquisa

O Sistema Único de Saúde (SUS), importante modelo público de saúde, sendo referência inclusive mundial, surgiu com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, que propõe acesso integral, universal, equânime e gratuito, trazendo a democratização do acesso aos serviços de saúde. Ainda sobre o SUS, podemos afirmar que ele é formado por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta (Brasil, 2003).

Dentre suas inovações, podemos contar com princípios e diretrizes tais como universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade, participação da comunidade, descentralização político-administrativa e regionalização, que são definidores para importantes ações que devem ser articuladas com o intuito de fortalecer o cuidado as pessoas. A respeito dos princípios, temos a universalidade como sendo aquela que assegura o direito à saúde de forma igualitária e com acesso a todos os níveis de assistência. A integralidade se refere ao acesso de todos aos serviços nos diferentes níveis de assistência. A equidade promove a justiça social, assegurando uma atenção direcionada às pessoas e às necessidades de cada uma, equalizando a disponibilização de recursos, sejam humanos ou terapêuticos (Souza-Silva; Martins; Barbosa, 2016).

Nesse contexto, a integralidade da assistência mostra-se como um importante dispositivo que ganha relevância quando se insere um olhar em uma ação com significados e sentidos voltados ao direito do ser, observando o ser humano em seu sofrimento, muitas vezes vindo de sua fragilidade social (Cecílio; Merhy, 2003). A integralidade passa então a ser considerada como um dispositivo político de crítica de saberes, com arranjos sociais e institucionais em saúde, porém que visa um acesso à saúde para todos (Cecílio; Merhy, 2003).

Desta forma, integralidade é concebida como um termo plural, ético e democrático, sendo o diálogo um dos seus principais elementos, pois sua prática resulta do embate de diversas vozes sociais (Cecílio; Merhy, 2003), tendo em vista que o modelo assistencial em saúde ainda está concentrado no paradigma biomédico, oposto ao cuidado centrado na pessoa, em que se observa o contexto em que o indivíduo está inserido, sendo ele o protagonista.

Para pensar o cuidado a partir da integralidade, deve-se partir da visualização das diferentes necessidades dos usuários, bem como dos contextos em que os mesmos estão inseridos. Quando se estabelece o encontro entre o trabalhador de saúde e a pessoa, tal

acontecimento é permeado pela necessidade de escuta, fala e interpretações. A ação integral também é conhecida como o “inter-relações” de pessoas, ou seja, ação integral com ações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que se traduzem em tratamento respeitoso, acolhimento e vínculo (Pinheiro; Guizardi, 2004).

Para o cuidado em saúde integral, é importante pensar na necessidade de atenção a um conjunto de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes que se complementam, sendo o grau de integralidade medido na forma como as práticas profissionais se articulam (Cecílio; Merhy, 2003).

Para Merhy (2002), há muitas possibilidades para os modos de atuação na saúde, em que o usuário pode ser colocado como centro da atenção, fazendo parte do serviço, por meio de um projeto de corresponsabilização e qualificação dos vínculos interprofissionais na produção de saúde. Nesse sentido, é possível entendermos a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes que habilitam os sujeitos a adquirir novos arranjos sociais e institucionais em saúde (Pinheiro; Guizardi, 2004). Sendo essencial o entendimento da importância desses conceitos por parte de todos os envolvidos no processo, de modo a articular ações entre os profissionais envolvidos no cuidado, assim como paciente, família e comunidade, fortalecendo as ações de saúde e garantindo efetivamente a integralidade do atendimento com qualidade e eficiência.

Entende-se que todo esse processo de articulação entre profissionais e sujeitos é um constante desafio, pois a fragmentação no cuidado em saúde é muito presente nos dias atuais, com rotinas desgastantes que tornam a aplicação de determinados dispositivos de atenção que visam a um cuidado de forma integral um verdadeiro desafio dentro das redes de atenção.

Podemos considerar então como uma organização contínua dos processos de trabalho, de modo a garantir a visualização do contexto em que os sujeitos estão inseridos, possibilitando, assim, um olhar voltado às reais necessidades que os fazem buscar o serviço, em que os trabalhadores envolvidos nesse cuidado passam a ter um diálogo junto a esses sujeitos (Mattos, 2013).

Com a finalidade de garantir maior efetividade na integralidade do cuidado, foi instituída a Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, e posteriormente a Portaria de consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017, que, por meio da implantação e fortalecimento das redes temáticas de atenção à saúde (RAS), caminharam justamente para proporcionar a integralidade da assistência, tendo como conceito a organização de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Neste mesmo sentido, houve um importante movimento para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o intuito de superar a fragmentação existente e proporcionar aos usuários eficiência e qualidade no cuidado. A sua publicação ocorreu com a portaria da consolidação n. 3, tendo o conceito de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, as quais, integradas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Entre as suas principais características, temos a horizontalidade nas relações entre os diferentes pontos de atenção da rede, com a Atenção Primária como centro da coordenação do cuidado, buscando a atenção de forma contínua, articulada entre os saberes profissionais, e demais serviços de saúde que compõe a rede (Mendes, 2010).

Sobre as RAS, destaca-se que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, ou seja, independentemente da complexidade e do tipo de serviço prestado, eles fazem parte de um sistema que atende necessidades específicas, em que cada um apresenta a sua particularidade, porém com a mesma importância, com vistas à continuidade do cuidado aos usuários.

Apesar da relação horizontal entre os serviços, entende-se que a Atenção Primária deve ser o centro da comunicação, sem relação hierárquica, sendo um papel de porta preferencial de entrada do usuário nos serviços de saúde, tendo em vista que é um local estratégico para a manutenção de vínculo do usuário dentro da rede de atenção à saúde, mesmo que ele esteja passando por atendimento em demais pontos (Brasil, 2012).

Este modelo de atenção convoca o trabalho em equipe por meio de equipes multiprofissionais que consigam avançar para o sentido do trabalho interprofissional em saúde, para possibilitar a visualização sob diferentes olhares, tendo em vista que os usuários estão inseridos em contextos distintos. Os saberes devem ser compartilhados de modo a subsidiar a equipe, bem como a corresponsabilização da prática profissional (Brasil, 2010).

Desta forma será possível garantir uma atenção contínua e integral, com maior resolução na própria atenção primária, fazendo com que a busca por atenção especializada seja somente para as situações que demandem tal necessidade para a continuidade do cuidado da pessoa.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é um nível de serviço de saúde que oferece a entrada em um sistema para todas as novas necessidades e problemas, propiciando atenção a pessoa, não direcionada à sua doença, em que, com o passar o tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as incomuns e raras, coordenando tal atenção para demais pontos de cuidado.

A atenção primária ainda deve ser orientada pelos seguintes princípios: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (Starfield, 2002).

Neste cenário, é importante enfatizar que a atenção primária aparece como centro do cuidado, pois busca responsabilizar-se pela saúde da população de forma integral e contínua, pactuando compromissos com os demais atores envolvidos, como, por exemplo, os serviços de maiores complexidades, como é o caso da média complexidade e da atenção hospitalar. É essencial a existência de uma assertiva articulação entre as equipes que prestam a assistência com a atenção primária que exercerá o papel de coordenadora do cuidado (Brasil, 2010).

Na literatura, o conceito de continuidade do cuidado pode ter várias dimensões, as quais a maioria concentra-se na transferência de informação, relação interpessoal e coordenação da atenção, sendo importante a existência de fatores como cuidados individuais a uma pessoa e assistência ao longo do tempo. Desta forma, a continuidade pode ser vista por meio da perspectiva do paciente, com divisão em três categorias como: continuidade da gestão, continuidade de informação, continuidade da relação (Silva; Oliveira; Brito, 2012).

A respeito dessas categorias, é possível observar a existência de diferentes tipos de assistência à saúde que se complementam, compartilhamento de informações de saúde nos demais pontos de atenção, conhecimento por parte do paciente de quem é seu médico, sabendo seu nome e possuindo confiança nele.

A partir da perspectiva da continuidade da gestão, existem duas dimensões, como a consistência do cuidado, em que o paciente poderá visualizar uma coerência de tratamento nos diferentes serviços, assegurados por meio de planos, bem como flexibilidade dos mesmos, sendo possível alterar o tratamento de acordo com a necessidade da pessoa (Silva; Oliveira; Brito, 2012).

A continuidade da relação inclui o vínculo entre a pessoa e o serviço de saúde, que dependerá da duração e do tipo de cuidado, e, a partir desse vínculo, há o favorecimento do reconhecimento de problemas, diagnóstico de problemas e melhor adesão ao tratamento (Silva; Oliveira; Brito, 2012). Para a Política Nacional de Atenção Básica, vínculo constitui a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador de saúde, permitindo a corresponsabilização pela mesma (Brasil, 2012).

Pode-se considerar também que com esse vínculo é possível visualizar o contexto em que o paciente está inserido com maior clareza, e assim, por meio de uma comunicação mais efetiva, é possível proporcionar cuidado de forma mais integral.

Na continuidade da informação, obter informações por parte dos profissionais de diferentes serviços possibilita a triangulação das mesmas, o que proporciona maior consistência aos resultados, bem como possibilita a verificação de lacunas e pontos fortes nos serviços de saúde (Silva; Oliveira; Brito, 2012).

Embora este modelo de atenção com foco nas redes esteja contemplado em dispositivos legislativos e conceituais, ainda existem desafios no que diz respeito à sua implantação, tais como a produção do cuidado que contemple a clínica ampliada, equipes multiprofissionais de referência, horizontalização do cuidado, plano terapêutico.

A respeito de tais desafios, podemos elencar o entendimento do papel que cada serviço e seus profissionais representam dentro da RAS, bem como o movimento de fatores contextuais internos, como envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e tecnológicos. É inerente também os fatores externos, os quais podemos considerar a cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivo, estrutura organizacional, novos modelos de liderança e gestão (Mendes, 2010). Outros fatores também podem ser levantados, como baixo financiamento do SUS, alta rotatividade ou escassez de profissionais.

Ao adentrar em tal temática, La Forgia (2006) considera que o problema é devido à predominância da fragmentação, ineficiência de escalas, falta de continuidade do cuidado e custos elevados em virtude da má gestão de doenças crônicas, em que as unidades dos serviços de saúde não funcionam como um todo, com pouca articulação de recursos, equipes e tecnologias.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), o sistema de saúde é formado por múltiplos fluxos de trabalho e pacientes, que muitas vezes são interrompidos e truncados. Se houvesse uma assertiva articulação, os profissionais passariam a escutar e entender o contexto apresentado por cada pessoa Cecílio e Merhy (2003), sendo esta ação essencial para garantir a continuidade do cuidado.

No campo da saúde, existem diversos desafios no sentido de fazer a gestão atender às demandas das pessoas de modo que a produção de saúde se dê desde a atenção primária em saúde, perpassa pela atenção hospitalar, até o cuidado pós-alta, proporcionando abertura para a visualização da realidade em que estes sujeitos estão inseridos.

Ao nos aproximarmos desse contexto, podemos observar no campo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que a Diabetes Mellitus, com seu elevado número de casos no Brasil, e sua alta morbimortalidade, é uma doença que merece atenção, pois ela prejudica a qualidade de vida das pessoas, levando a complicações agudas e/ou crônicas como a insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, as

quais sobrecarregam o sistema de saúde, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2016).

A respeito da diabetes, ela faz parte do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, sendo um distúrbio de múltiplas etiologias provenientes da ineficácia da insulina secretada no pâncreas, causando complicações crônicas, como o aumento da morbidade, redução da qualidade de vida e mortalidade. Tais consequências podem ser ocasionadas como fruto de estilo de vida pouco saudável, dietas inadequadas, sedentarismo, entre outros, que causam a sua gravidade (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2019, a Federação Internacional de Diabetes (FID) estimou que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (464 milhões de pessoas) viviam com diabetes. Desta forma, a projeção é que até 2045 esse número atinja 700 milhões. No Brasil, esse indicador é de 16,8 milhões em 2019, com previsão de aumento de 55% até 2045 (IDF, 2019).

As causas para esse aumento são diversas, tais como rápida urbanização, transição epidemiológica, nutricional, sedentarismo, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional (SBD, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, evidências têm mostrado que pacientes com DM internados com Covid-19 apresentam período de internação hospitalar maior, bem como complicações e maior número de mortalidade, se comparados com pacientes que não apresentam a doença (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Tendo em vista o contexto apresentado, tem-se como objeto da presente pesquisa a alta hospitalar responsável. A respeito de tal temática, tem-se a importância de analisar a integralidade do cuidado, que, por sua vez, é compreendida como um conceito polissêmico, que se aplica na relação de cuidado, em que a pessoa deve ser compreendida em todo seu contexto de vida, na organização da atenção à saúde, desde a promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, tratamento, reabilitação, proteção e redução de danos, bem como na perspectiva da continuidade do cuidado em redes de atenção em saúde (Pinheiro; Mattos, 2007).

1.2 Contexto do cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Matão, que fica na região norte do Estado de São Paulo, composto de aproximadamente 79 mil habitantes, segundo o IBGE, ano de 2022, e pertence à região noroeste da RRAS 18, localizada em Araraquara/SP.

O município de Matão possui uma rede de saúde que se configura com 8 unidades de atenção primária, 9 de cobertura por equipes da estratégia saúde da família, estando uma

localizada em São Lourenço do Turvo, que é distrito de Matão. É composto também de um hospital que se configura como porta de entrada de diversas patologias, com atendimento 24 horas, sendo também referência de atendimento para a região norte vinculada ao Departamento Regional de Saúde – DRS III Araraquara.

A respeito da organização da atenção primária no município, a mesma possui fragmentação nos seus territórios, e, devido a questões culturais, o cuidado fica dividido nas unidades, e muitas pessoas recorrem ao atendimento na atenção especializada, que é representada pelo único hospital do município.

O Hospital Carlos Fernando Malzoni, que é um hospital de grande porte e maioria dos atendimentos provenientes do Sistema Único de Saúde, conta com 198 leitos, sendo 60% destinados ao SUS, com atendimentos em enfermaria clínica de diversas patologias, além de atendimentos em Unidade de Terapia Intensiva de alta complexidade. O hospital conta também com o apoio de mais de novecentos colaboradores, corpo clínico com mais de cem médicos e serviços diversos nas áreas de diagnóstico e análises clínicas.

São oferecidos atendimentos nas áreas de internação hospitalar, clínica médica, pediátrica, cirurgias em geral, psiquiatria e atendimentos ambulatoriais. Existem também atendimentos de alta complexidade em ortopedia, obstetrícia, hemodiálise, cardíaca.

A instituição possui ainda Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tipo III com 25 leitos, UTI Neonatal e Pediátrica tipo III com 10 leitos, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal UCIN com 5 leitos, UCIN Canguru com 3 leitos, Centro de Hemodiálise, Centro de Hemodinâmica e Cirurgia Cardíaca, Centro de Litotripsia, Centro de Oncologia, Centro Cirúrgico dotado de 8 salas cirúrgicas. O hospital dispõe também de serviços de atendimentos de Urgência e Emergência no Pronto-Socorro, único no município, inserido na RUE (Rede de Urgência e Emergência) e RAPS (Rede de Atenção Psicossocial e na Rede Materno-Infantil). É também considerado um centro Avançado de Atendimento de Urgência para Pacientes de Acidente Vascular Cerebral, bem como referência em ensino e pesquisa por meio de centro próprio.

A instituição faz parte de programas específicos do Governo do Estado de São Paulo, que anteriormente era denominado de Programa Santas Casas Sustentáveis, e atualmente passou a ser denominado de Programa Mais Santas Casas, com atendimento na região abrangida pela RRAS 18, que compreende os municípios: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga e Trabiçu.

Por meio dos programas instituídos pelo Governo do Estado de São Paulo, desde o ano de 2013, com a Portaria MS nº. 3.390 (Brasil, 2013), que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar, o hospital começou a passar por um movimento no que diz respeito ao indicador A9 – Alta Responsável, que consiste no processo de planejamento e transferência de cuidado de uma unidade de saúde para outra, de modo a implementar a continuidade por meio de: orientação de usuário/familiares/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde, principalmente a Atenção Básica; e implantação de mecanismos de desospitalização.

Importante destacar que a implantação deste indicador está associada com a integralidade do cuidado que se relaciona com a articulação entre os serviços de saúde, visando à continuidade do cuidado as pessoas que estão inseridas na rede de atenção à saúde. Ao longo do tempo, foram instituídas diversas portarias que norteiam esse indicador e que foram discutidas junto às equipes do hospital, tais como:

- Portaria nº 2.395/2011, que organiza o componente hospitalar no âmbito da rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, estabelecendo a importância da contrarreferência das pessoas para os serviços da rede, com qualificação dos relatórios de modo a garantir a continuidade do cuidado. (Brasil, 2011)
- Portaria nº 2.809/2012, que estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com articulação das equipes multidisciplinares envolvidas no cuidado, garantindo a alta hospitalar responsável e trazendo a corresponsabilização da família no cuidado. (Brasil, 2012).
- Portaria nº 963/2013, que define a Atenção Domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde, estabelecendo um conjunto de ações de promoção a saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia da continuidade do cuidado. (Brasil, 2013).
- Portaria nº 3390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual estabelece as diretrizes para a organização hospitalar da Rede de Atenção à Saúde por meio da continuidade do cuidado através da articulação do hospital com os demais pontos da RAS, sendo a atenção de forma integrada, mediadas pelo gestor e garantindo a resolutividade e o cuidado de forma integral. (Brasil, 2013).

- Resolução SS nº 13 de 2014, que determina critérios para manutenção e acompanhamento dos repasses financeiros referentes às Instituições Filantrópicas, a qual, em seu Art. 4º, instituiu a necessidade de os hospitais elaborarem e implantarem protocolo de Alta Hospitalar Responsável com ênfase em Hipertensão Arterial, Diabetes e materno-infantil, conjunto com DRS e gestão municipal. (Brasil, 2014).

Com base nessas portarias, resoluções e também demais documentos norteadores, iniciou-se o processo de entendimento desse indicador a partir do ano de 2015 com a realização de encontros junto a DRS III, que atualmente denomina-se RRAS 18, Secretaria de Estado, profissionais das equipes multiprofissionais do hospital bem como da rede municipal, onde foram instituídos importantes fluxos de trabalho com articulação entre os profissionais de saúde e sujeitos envolvidos no cuidado.

Ao longo desse processo, ocorreram diversas avaliações, em que foi considerado como um hospital com a implantação do referido indicador na maioria das vezes, porém, em alguns momentos, devido a necessidades de ajustes, foi considerado como em implantação, em que detectou-se que esses ajustes necessários eram devido ao fato de as equipes estarem visualizando este indicador apenas como algo quantitativo, e não com a qualidade necessária.

Embora exista apoio da RRAS 18 e também da Secretaria Estadual de Saúde em relação ao monitoramento das ações, bem como acompanhamento das mesmas, e mesmo sendo significativas, ainda é perceptível problemas como a falta de comunicação eficaz junto aos pacientes e demais profissionais que compõem as redes de atenção à saúde, o que ocasiona fragilidades na elaboração da alta hospitalar responsável.

Com a pandemia da Covid-19 a partir de março de 2020, o hospital passou por mudanças em toda a sua estrutura, passando a ter setores exclusivos para atendimentos desta patologia, ficando pacientes até em Centro Cirúrgico em virtude de determinadas dificuldades que os serviços de saúde estavam enfrentando com a alta demanda hospitalar de casos de Covid-19. As reuniões que antes eram de forma presenciais passaram a ocorrer pontualmente, muitas vezes a distância, o que dificultou e fragmentou ainda mais os processos.

Devido aos avanços da vacina e estabilidade da doença, foi possível retomar os projetos até então desenvolvidos e passou-se a retomar a articulação das equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado, com destaque para a alta hospitalar responsável, que se mostra como um importante indicador a ser analisado, tendo em vista todas as mudanças que a instituição passou ao longo do tempo.

Sendo assim, busca-se, com a presente pesquisa, analisar institucionalmente como está sendo realizada a alta hospitalar responsável, com a observação da pessoa em sua singularidade, avaliando a sua trajetória dentro do complexo hospitalar, seu histórico de saúde e como os serviços de atenção à saúde se articulam a respeito desse cuidado, para que seja possível detectar necessidades nos serviços de saúde para melhor adequação do cuidado, buscando mecanismos de alta que sejam eficazes e integrativos com os demais pontos da RAS.

2 JUSTIFICATIVA

A respeito da problemática da pesquisa, percebo neste cenário que os profissionais que compõem a equipe de saúde hospitalar, muitas vezes, ficam atentos somente às demandas emergenciais e apresentam dificuldade em conciliar o planejamento e a visualização do contexto em que os pacientes e eles mesmos estão inseridos, o que gera fragmentação no cuidado.

A respeito do processo de saúde/doença das pessoas que chegam ao serviço, devido à organização da rede de atenção à saúde municipal, e também à cultura inerente aos mesmos, a procura pelo cuidado acontece apenas quando já existe o agravamento da doença, não possuindo vínculo com a atenção primária, que deve ser o local que coordena o cuidado em saúde. (Mendes, 2012).

Ao observar as características da atenção hospitalar, é possível notar que, devido a complexidade dos casos atendidos, demandas urgentes, alta rotatividade de profissionais, falta de planejamento e até mesmo falta de visualização por parte dos profissionais do papel que devem desempenhar em relação ao cuidado, é dificultada a implantação de fluxos que visam à continuidade do cuidado.

Desta forma, as pessoas atendidas acabam não criando vínculo com o local que deve proporcionar a continuidade do cuidado, o que aumenta as chances de agravamento da doença e reinternações na atenção especializada devido à piora do quadro.

Ao longo da minha vivência profissional, e também por meio da interação entre as equipes, pude notar que, ao serem elaborados os relatórios de alta hospitalar, existe pouco planejamento dos mesmos, com pouco conhecimento por parte da equipe em relação ao contexto em que aquele paciente está inserido. Existem muitas dúvidas por parte da equipe em relação à história do paciente e pouca percepção desses a respeito da sua patologia.

A literatura apresentada e pesquisada mostrou que existem muitos estudos realizados e evoluções feitas a respeito desta temática e que é essencial que as equipes busquem por meio de dispositivos, como clínica ampliada, a visualização do contexto em que as pessoas estejam inseridas, para assim traçar estratégias junto aos mesmos e à sua rede primária de atenção, com o intuito de garantir a integralidade no cuidado, pois isso beneficiará muito a assistência prestada, evitando complicações advindas da doença. Acompanhando este cotidiano, a seguinte pergunta foi se colocando: Como a alta hospitalar responsável pode ser um dispositivo de continuidade de cuidado ao paciente com Diabetes Mellitus?

Isto posto, destaca-se a relevância deste estudo, uma vez que ele ajudará a demonstrar ao longo da pesquisa como o projeto da alta hospitalar responsável do Hospital Carlos Fernando Malzoni, como dispositivo de continuidade de cuidado em rede de atenção em saúde, pode contribuir para o cuidado integral ao portador de Diabetes Mellitus.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar como a Alta Hospitalar Responsável contribui para a continuidade do cuidado das pessoas que foram internadas devido a Diabetes Mellitus.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar a história das pessoas que resultou na sua internação hospitalar;
- b) Compreender como os processos assistenciais vinculados à alta hospitalar responsável foram realizados;
- c) Analisar o caminho percorrido e as experiências vividas pela pessoa pós-alta hospitalar.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, que se mostra como adequada aos objetivos da pesquisa, tendo em vista a abertura que foi dada às pessoas do Sistema Único de Saúde para que pudesse ser analisada como a Alta Hospitalar Responsável contribui para a continuidade do cuidado ao portador de Diabetes Mellitus no município de Matão/SP.

O cenário da pesquisa consistiu no Hospital de Matão, sendo este o único do município, onde as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus foram entrevistadas durante a internação com o intuito de escutar as experiências vivenciadas na rede de atenção a saúde. No pós alta também houve o contato com o intuito de avaliar como está a continuidade do cuidado no respectivo município.

A respeito da metodologia de abordagem qualitativa, temos o entendimento com Minayo (1998), que enfatiza que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, em um nível que não pode ser quantificado, trabalhando em um universo de múltiplos significados, levando em consideração valores, crenças, atitudes, com o intuito de explicar relações sociais, considerando os significados que são atribuídos aos atores sociais.

Desta forma, neste método de abordagem, o pesquisador realiza questionamentos que serão conduzidos mediante o próprio processo de pesquisa por meio de formulações e reformulações de hipóteses, em uma tentativa de compreender as relações entre os objetos de análise. Minayo ainda considera comum utilizar o termo “pressupostos” para o encaminhamento da referida pesquisa qualitativa.

Pode-se considerar que neste tipo de pesquisa a subjetividade passa a ser integrante da singularidade do fenômeno integral (Minayo, 1998), pois a pesquisadora teve uma certa flexibilidade para novas formulações mediante as descobertas que ocorreram ao longo da pesquisa.

Tendo em vista os conceitos inerentes à abordagem qualitativa, foi possível considerar este como o método mais adequado, tendo em vista que a teoria foi construída e reconstruída ao longo das entrevistas que foram feitas junto as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, no momento da internação, por meio dos seus contextos que foram expostos, bem como no acompanhamento dos mesmos após a alta hospitalar.

Para que fosse possível uma melhor abordagem, foi aplicado um questionário semiestruturado, e as perguntas consistiram em trazer elementos para a pesquisadora do

contexto em que os pacientes e acompanhantes estavam inseridos, no sentido de demonstrar os motivos que levaram os mesmos à internação, o entendimento da doença, a percepção do processo da sua doença, e quais foram os profissionais envolvidos no cuidado.

Desta forma, por meio da observação, a pesquisadora selecionou aspectos relevantes dos relatos das pessoas que foram aprofundados, sendo possível detectar as diferentes experiências vivenciadas durante o processo de internação e demais cuidados pós-alta, com o intuito de levar a uma reflexão a respeito da continuidade do cuidado em rede de atenção em saúde.

4.2 Participantes da pesquisa

4.2.1 Pessoa portadora de Diabetes Mellitus

Pessoas internadas no hospital cuja causa de internação foi relacionada a Diabetes Mellitus, com idade entre dezoito e setenta anos.

A abordagem inicial contou com a apresentação da pesquisadora, explicação e convite para participar da pesquisa. Neste momento foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido já aprovado pelo Comitê de Ética, que, por sua vez, foi explicado a pessoa, e, após aceite foi feita uma primeira abordagem para buscar informações referentes aos motivos que levaram à internação hospitalar, entre outras perguntas constantes no questionário. Posteriormente a estas perguntas, foi pactuado, junto a pessoa, o dia e horário que a pesquisadora poderia entrar em contato telefônico ou presencial, para verificar o andamento dos cuidados pós-alta hospitalar. Cabe destacar que o intuito do contato foi para acompanhamento dos cuidados pós-alta, em que todos os dados coletados foram gravados e transcritos, sendo armazenados pela pesquisadora em local de registro próprio com garantia do sigilo das informações.

4.2.2 Critérios de inclusão das pessoas

- Pessoas internados tendo a causa atribuída na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) a CID ligada a Diabetes Mellitus;
- Pessoas internadas em enfermaria com possibilidade de comunicação;
- Pessoas adultas compreendidas na faixa-etária de 18 a 70 anos;

- Pessoas residentes no município de Matão e que disponibilizem contato telefônico ou residencial;
- Pessoas que informaram a utilização de unidades de atenção primária pertencentes ao SUS.
- Pessoas que foram internadas nos três meses subsequentes à aprovação pelo CEP, para a produção dos dados da pesquisa

4.2.3 Critérios de exclusão das pessoas

- Pessoa portadora de diabetes que foram internadas por outra causa, como acidentes.
- Pessoas que não se mostraram em condições de fornecer informações, por desorientação, e que não estejam acompanhados de um familiar de referência;

4.2.4 Instrumentos para a produção dos dados

A presente pesquisa ocorreu em duas alas de enfermaria destinadas ao SUS do Hospital Carlos Fernando Malzoni, em que, por meio de busca ativa de pessoas com CID de Diabetes ou com demais doenças, porém que fossem relacionadas, chegou-se a pacientes que estivessem internados e fossem capazes de contribuir com sua experiência.

A forma como as entrevistas foram feitas, tendo em vista a abordagem qualitativa, foi por meio da articulação da pesquisadora junto à equipe médica e de enfermagem do hospital por meio de ligação ao setor, bem como visitas diárias ao local, em que, após contato com a equipe, verificou-se quais as pessoas que possuíam CID principal ou relacionado a Diabetes Mellitus.

Após esse primeiro contato, e atendendo aos critérios de elegibilidade, a abordagem ocorreu junto as pessoas, seguindo os passos metodológicos apontados.

Ao todo foram entrevistados 16 pessoas, porém em 4 casos tivemos também a participação dos acompanhantes, que contribuíram com informações relevantes a respeito das experiências vivenciadas, tais como motivo que levou à internação, assistência prestada e, posteriormente, a alta com informações referentes ao cuidado.

As entrevistas ocorreram para além do espaço do hospital, também por contato telefônico, sendo todos gravados e posteriormente transcritos. Os envolvidos tomaram ciência da gravação, quando foi inclusive mencionado que poderiam desistir a qualquer momento.

O questionário aplicado foi semiestruturado, o qual, na primeira parte, continha dados gerais e de identificação da pessoa, como: iniciais do nome, data de nascimento, data de internação, profissão, endereço, telefone de contato, unidade de saúde de vínculo. Na segunda parte, continham informações ligadas ao seu processo saúde-doença que resultou na sua internação, como: Conte-me o que aconteceu com o senhor que resultou na sua internação; Como tem sido o acompanhamento do seu problema de saúde na unidade de saúde de sua referência?

Desta forma, conclui-se que a preparação do material foi feita por meio das entrevistas individuais as pessoas e acompanhantes que foram coletadas desde o momento da internação, e posteriormente acompanhamento por meio de contato telefônico, sendo todos transcritos e analisados posteriormente, para, com base nas experiências vivenciadas, analisar a efetividade da alta hospitalar responsável as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A respeito da análise dos conteúdos, conforme entende Minayo (1998), a pesquisa qualitativa envolve diferentes tipos de análises, tais como expressão, relações, avaliação, enunciação e categorial temática, em que, no último caso, propõe descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique algo para o objetivo analítico visado, utilizando assim uma forma mais interpretativa.

Sendo assim, a análise categorial temática funcionou em etapas, por desmembramento do texto em unidades e categorias para reagrupamento analítico, com organização de dois elementos, sendo eles isolamento e organização a partir dos elementos repartidos.

Segundo Minayo (1998), a pesquisa também passa por três fases, sendo a) exploratória, no qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema, com a realização de um mapeamento dos dados obtidos através da pesquisa, como releitura do material, organização dos relatos, e dos dados de observação do participante; b) coleta de dados, em que se recolhem as informações que dizem respeito ao problema, que irá considerar que o dado é construído a partir de um questionamento que fazemos a respeito dele; c) análise de dados, na qual se faz o

tratamento, por interpretações dos dados coletados, havendo a articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, sendo promovidas relações entre a teoria e prática.

Foi necessário também obedecer determinadas regras, como exaustividade, não havendo a omissão de informações; representatividade, devendo a amostra representar um todo; homogeneidade, em que a coleta de dados deve ser referente ao mesmo tema, e estes devem ser colhidos de formas semelhantes; pertinência, sendo que os documentos devem ser adaptados aos conteúdos; e exclusividade, em que um elemento deve ser único, pertencendo, assim, a somente uma categoria.

Com essas técnicas, foi possível entender o processo no qual as pessoas e profissionais de saúde estão inseridos, bem como entender a compreensão dos mesmos a respeito do cuidado em saúde.

Espera-se que, por meio da reflexão a respeito das vivências obtidas por parte das pessoas possa haver uma compreensão junto aos grupos envolvidos a respeito de seus processos de trabalho, e até mesmo visualizarem a possibilidade de implantação de novas perspectivas profissionais com base nos relatos dessas vivências.

Sendo assim, ao final da pesquisa, será possível, com base na respectiva trajetória, analisar os processos de trabalho das equipes assistenciais envolvidas nos cuidados tanto do complexo hospitalar quanto da atenção primária, a respeito do cuidado as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus.

Considerações a respeito do início da coleta de dados após aprovação do CEP

A aprovação da presente pesquisa por parte do CEP ocorreu no mês de dezembro/2022, com número 61124322.6.0000.5504.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A coleta de dados da presente pesquisa começou a ser feita a partir de janeiro de 2023, e foi finalizada em dezembro do mesmo ano, quando, inicialmente, foi realizada uma movimentação no hospital com o intuito de articulação, junto aos profissionais envolvidos no cuidado, sendo estes médicos e enfermeiros, a respeito da apresentação da pesquisa, objetivos e importância na perspectiva da prática profissional.

Posteriormente a esta movimentação, a pesquisadora verificou nos setores de enfermagem SUS as pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, conforme os critérios de inclusão descritos no projeto. Desta forma, a coleta ocorreu em duas alas de enfermagem SUS, onde foram entrevistados homens e mulheres internados com CID principal ou associado a Diabetes Mellitus.

O total de entrevistados consistiu em 16 pacientes, com idade entre 18 e 70 anos. Os horários de busca desses pacientes consistiram em 3 períodos por dia, sendo às 7:30, 14:00 e 19:00 horas, que foram estrategicamente pensados como trocas de plantão, novas admissões e programações de altas. Houve também a articulação da pesquisadora junto à enfermagem responsável pela educação continuada e permanente do hospital com o intuito de informar novas admissões de pacientes diabéticos em horários diversos em que a pesquisadora realizou a busca nos setores.

Desta forma, após o levantamento das características sociodemográficas, foi observado também que as pessoas internadas no serviço já possuem a patologia há certo tempo, têm o conhecimento da doença, fazem uso de medicação própria para diabetes, sendo a medicação mais comum a insulina, porém recorreram à internação devido ao agravamento de sintomas, tais como: mal-estar geral, tonturas, enjoos, fraqueza, perda de peso.

A seguir teremos a distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas levantadas no momento das entrevistas:

Tabela 1 - Distribuição por sexo, faixa etária, Matão/SP, 2023.

Características sócio demográficas	Pacientes	
	N	%
Sexo		
Masculino	11	69
Feminino	5	31
Faixa etária		
20 - 29	1	6
30- 39	1	6
40 - 49	2	13
50 - 59	5	31
> 60	7	44
Escolaridade		
Não alfabetizado	0	0
Ensino fundamental	6	37
Ensino médio	10	63
Ensino superior	0	0
Renda mensal		
< 1 salário mínimo	3	19
1 - 2 salários mínimos	11	69
3 - 4 salários mínimos	2	12
> 5 salários mínimos	0	0

Fonte: Autoria própria

Quando questionados a respeito do vínculo que possuem junto à rede de atenção à saúde, tivemos uma pessoa que, embora residente em Matão, recorre à Unidade de Saúde de outro

município, devido ao fato de no passado ter residido nesse local. Tivemos também 3 entrevistados que informaram vínculo com mais de uma unidade de saúde, conforme tabela demonstrada abaixo:

Tabela 2 - Demonstração de vínculo com atenção primária, Matão/SP, 2023.

Vínculo com atenção primária	Pacientes	
	N	%
Não frequente / raramente	6	37
Frequente 1 posto	7	44
Acima de 2 postos	3	19

Fonte: Autoria própria.

É importante destacar que foi comum entre as pessoas o relato que vão aos postos para solicitar medicamentos ou exames, sendo estas questões pontuais, o que demonstra que não possuem continuidade no tratamento, e embora 16 entrevistados no total, foram selecionados 8 para apresentação qualitativa das suas falas tendo em vista que demonstraram conteúdo mais condizente com os objetivos da pesquisa, com situações vivenciadas estratégicas para propor o diálogo com os artigos pesquisados e posterior reflexão junto aos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde.

As experiências relatadas serão descritas a seguir, em que o nome dos entrevistados será preservado, sendo identificados como A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8.

Com base na entrevista foi possível elencar 3 categorias, sendo elas: Rede de atenção à saúde e integralidade do cuidado, papel da atenção primária em saúde e continuidade do cuidado, vínculo e responsabilização, os quais demonstrarão, com base nas experiências vivenciadas pelas pessoas, como a alta hospitalar responsável pode contribuir para a continuidade do cuidado a pessoa com diabetes mellitus na rede de atenção a saúde.

6.1 Rede de Atenção à Saúde e integralidade do cuidado:

A temática relacionada ao motivo que levou à internação, na maioria das vezes, foi por mal-estar súbito devido à alteração de glicemia, e, embora em alguns casos já tinham conhecimento da doença, por falta de continuidade de cuidados, tiveram piora do quadro, resultando em internação.

A respeito do motivo que levou os pacientes a procurarem o serviço, iniciamos com o seguinte relato:

AI: “(...) É começou a abrir uma ferida no dedinho no pé, eu pensei que era uma frieira, não sabia e aquilo lá foi abrindo. Procurei o médico, ele fez exame tudo, e disse que é Diabete alta, aí logo que ele viu ele mandou ir para o Hospital internar.”

A atenção primária é a porta de entrada para o cuidado em saúde, onde coordena o cuidado e ordena as ações para os demais pontos de atenção, devendo seguir as necessidades das pessoas e demandas do território, lembrando sempre dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) (Brasil, 2017).

É nesse local que será o primeiro contato, sendo a atenção primária a responsável pelos encaminhamentos e demais definições de fluxos que as pessoas irão percorrer dentro da RAS (Cecílio et al., 2012).

A respeito desta temática, Belga, Jorge e Silva (2022) entendem que o modo de agir deve estar articulado à produção do cuidado, no qual as equipes devem atuar de forma multidisciplinar, com produção de linhas de cuidado, considerando a trajetória e as necessidades desses sujeitos. Os territórios, os espaços de fala e de sentido servem como orientadores para ampliar a produção de mecanismos e responsabilidades para a continuidade, proporcionando, assim, a integralidade.

Desta forma, é possível observar que muitas pessoas procuram as unidades quando possuem uma situação mais grave, porém, devido à organização dos serviços, circulam de uma unidade para outra sem a devida resolução, causando agravamento da doença, conforme exposto:

AI: “Quando começou a gente procurou o médico no posto, o Dr. X, e ele não fez nada, aí mandou na Unidade Y, e não fez nada na época né, aí mandou para outra cidade e lá não queria fazer nada por ele, e mandava de volta, e depois voltava para o Unidade Y e liberava. Aí depois precisou cortar, por causa de meio dedinho, precisou cortar a perna fora, mas um jogava prá lá e outro prá cá, faz 3 meses isso, por causa de meio dedinho de nada, precisou cortar meia perna, você acredita? Tava assim no dedinho dele.”

A respeito desta temática, temos ainda a seguinte fala:

A2: “Infecção na perna – Erizipela, o médico achou que era trombose e mandou internar, porque achou que seria mais rápido fazer os exames. Aí internou e fez o tratamento e não era nenhuma das doenças que o Dr. Achava que era. (acompanhante) Ele achava que era Trombose, Embolia ou o Câncer que tinha voltado, mas não, era e era Erizipela, aí agora está tomando o antibiótico.”

Segundo Franco e Franco (2012), as linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos as pessoas, atendendo às suas necessidades de saúde, sejam elas na atenção primária ou na especializada. Seguindo esse mesmo raciocínio, Ceccim e Ferla (2006) entendem que, para haver cuidado integral, é necessário que o percurso seja traçado dentro de uma rede integrada por um sistema baseado no interesse do usuário.

Seguindo essa lógica, a alta responsável, conforme Portaria 2.809/2012, visa preparar a pessoa para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança, para continuidade dos cuidados, promoção da autonomia e reintegração social e familiar (Brasil, 2012). Desta forma, segundo Veras e Oliveira (2018), o cuidado deve ser coordenado ao longo do percurso assistencial, desde a entrada no sistema até o final da vida, sendo assim, os modelos adequados são aqueles que visam a ações de educação, promoção de saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação (Veras; Oliveira, 2018).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (2013) entende que a Alta Hospitalar Responsável é a transferência de cuidado, podendo ser realizada por meio de mecanismos de desospitalização, como orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia e autocuidado, a partir dos demais pontos de atenção da RAS, em particular APS (Brasil, 2013).

Embora entenda-se por essencial essa articulação entre os serviços, há muitos desafios a serem superados, pois, mesmo a APS sendo parte integrante dos municípios, esta ainda possui como obstáculos apoio dos gestores, entraves nos sistemas de referência e contrarreferência, dificuldades no desenvolvimento de ações educativas, pouca adesão da comunidade, falta de vínculo com os profissionais envolvidos no cuidado (Silocchi; Junges, 2017).

As estratégias para superar os desafios do cuidado às pessoas com doenças crônicas seriam a organização dos serviços em redes, pois isso gera maior articulação entre os gestores,

menores índices de internações, melhor uso de recursos, tecnologias, custos-benefícios de maior qualidade (Mendes, 2010).

Nesse contexto é importante entender os atributos da rede de atenção à saúde, sendo eles: população e território definidos, com conhecimento de suas necessidades; serviços de saúde que prestem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos; serviços de atenção primária em saúde estruturados com nível de atenção e porta de entrada ao sistema, constituídos de equipe multidisciplinar; serviços especializados em locais adequados; mecanismos de coordenação, continuidade de cuidado, e integração assistencial; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único por toda a rede; participação integral ampla; gestão integrada; recursos humanos suficientes; financiamento tripartite; gestão baseada em resultados (Brasil, 2010).

Desta forma, para que haja a integralidade é essencial que a atenção primária seja a coordenadora do cuidado, sendo considerada o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, que deverá coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde. (Mendes, 2010).

6.2 O papel da atenção primária em saúde e a continuidade do cuidado

A atenção primária em saúde é considerada o melhor modelo de organização dos serviços de saúde, é evidente também que todo esse sistema é complexo, exigindo que as equipes multidisciplinares estejam bem preparadas para utilizar metodologias e ferramentas capazes de organizar seus processos de trabalho (Takeda, 2013).

É frequente pessoas com menores risco à saúde procurarem mais os serviços do que pessoas com maiores riscos (Mendes, 2010), sendo assim, persistir na ampliação do atendimento na atenção primária mostra-se como uma importante alternativa para ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Torna-se essencial também, o entendimento de todos os envolvidos a respeito da importância de estratégias que busquem proporcionar um tratamento de forma integral e para que isso ocorra é importante entender os sete atributos da APS, que são, primeiro contato que implica na acessibilidade aos serviços, longitudinalidade que é o aporte regulador de cuidados as equipes, integralidade que visa o atendimento as necessidades da população atendida nos campos da promoção, prevenção, cura, cuidado, reabilitação, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção, o reconhecimento de questões biológicas, psicológicas que causam o adoecimento. A coordenação refere-se a garantir a continuidade do tratamento

com reconhecimento dos problemas de saúde que requer continuidade do tratamento, a focalização da família que diz respeito a colocá-la como sujeito de atenção, conhecendo também os seus problemas de saúde. A orientação comunitária com o reconhecimento das necessidades da família, em função do contexto que vivem. A competência cultural com uma relação horizontal entre equipe de saúde e a população com respeito as singularidades de cada um. (Mendes, 2010).

A integralidade no cuidado aparece nesse contexto como uma alternativa que busca promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e recuperação. Ela observa o indivíduo não somente a partir de uma doença, e sim em todo o seu contexto, seja ele fisiológico, psicológico ou familiar-social (CEPAPS, 2012).

Para que a atenção primária seja resolutiva, é importante o conhecimento técnico de seus profissionais e vínculo estabelecido junto as pessoas, no qual, além dessa organização das linhas de cuidado, definição de fluxos e protocolos, ela também deve gerenciar o projeto terapêutico, garantindo a continuidade do cuidado (Franco; Magalhães Jr., 2003).

A respeito do cuidado, temos também o seguinte:

A3: “Procurei o hospital porque não me senti bem, com enjoo e fraqueza, dificuldade de visão. Também estou com uma infecção por falta de insulina.”

A reorganização do trabalho em saúde é essencial para mudar os serviços, com uma atuação centrada na pessoa e nas suas necessidades. É necessário o uso de tecnologias leves, sendo estas pautadas nas relações e nas tecnologias leves duras, pautadas no conhecimento técnico (Franco; Magalhães Jr., 2003).

A assistência de forma integral inicia pela organização do trabalho na atenção primária, que deve ser de forma multiprofissional, com responsabilização do cuidado pela equipe e todos os demais atores envolvidos nesse processo (Franco; Magalhães Jr., 2003).

Somente com uma atenção voltada à reorganização da rede de atenção à saúde, em todas as suas esferas, será possível produzir um cuidado de forma mais integral que atenda às reais necessidades dos usuários, pois muitos dos pacientes percorrem vários locais para resolução pontual de problemas, e procuram o hospital caso apresentem agravamento da doença.

O trabalho da equipe multiprofissional é essencial no cuidado às doenças crônicas, e também para garantir uma continuidade sem que haja o agravamento da doença e novas

internações. Segundo Lima et al. (2014), a coordenação do cuidado é importante para pessoas com diversas necessidades de saúde e comorbidades que frequentemente dependem de dispositivos para a continuidade do cuidado, precisando de profissionais treinados e recursos pós-alta.

Para que haja um cuidado de forma integral, segundo Schimith et al. (2012), é essencial que os profissionais entendam a real necessidade que as pessoas estão apresentando, de forma singular e não fragmentada, inclusive os portadores de doenças crônicas que passam repentinamente por diversas mudanças do estilo de vida, necessitando de acolhimento adequado nesse momento.

Cabe destacar que foi possível verificar com maior ênfase como os processos ainda estão fragmentados e as pessoas possuem dificuldades em dispor de um vínculo junto à atenção primária, retornando ao atendimento hospitalar, pois chegam no mesmo descompensados, bem como encontram, aparentemente, maior resolutividade com realização de exames, ou demais necessidades de urgência, conforme relato abaixo:

A5: “Mas teve duas vezes que tive que ir no pronto-socorro, mas o atendimento foi ótimo, tomei soro, fiz a lavagem pra baixar mais rápido e tomei insulina.”

Analisar a trajetória da pessoa em toda a rede de saúde nos remete ao questionamento de como ele e a equipe envolvida no cuidado observam o processo de saúde/doença, tendo o paciente como sujeito singular. Com base nas entrevistas, ficou claro que existe uma necessidade de atenção, de um lado (pessoa), e, do outro, necessidades de apropriação do papel de cada um dentro de uma equipe e do serviço que compõe. Desta forma, a seguir serão elencados alguns relatos de pessoas no pós-alta que nos remetem à reflexão de como a continuidade do cuidado está ocorrendo em toda a rede de atenção.

Tem algum lugar da rede municipal que você já frequenta?

A6: Não, nenhum

Quais medicamentos utiliza?

A6: Muitos, 3 metiformina, no almoço, jantar. Uso remédio da tireóide, e mais alguns que não lembro.

Qual posto de saúde frequenta?

A2: Nós pagamos consulta para ir no médico da tireóide.

A5: Não faço acompanhamento, mas vou no Posto X que era o município que morava para conseguir medicamentos.

A7: Não, faço tratamento particular com um médico na cidade Y, e quando preciso de medicamento vou na farmácia do povo.

A 8: Não faço acompanhamento, apenas procuro o posto para fazer exames. E ele ainda vai nesse médico do posto?

A3: Não, não vai só. Foi Na época da doença, só.

Existem muitas vantagens no primeiro acolhimento em doenças crônicas ocorrer na atenção primária, pois isso torna possível avaliar uso de medicações, alimentação, atividade física, uso de álcool, tabaco e outras drogas, conflitos ou estresse emocionais. Com essas avaliações, o profissional conhece o usuário, seus problemas, medicações, história, contexto em que está inserido (Ministério da Saúde, 2014).

A humanização nos serviços de saúde muda o modo como se visualiza o indivíduo, fazendo com que ele passe a ser visto como sujeito de direitos, em um serviço que garanta técnicas seguras prestadas por trabalhadores responsáveis (Marques; Souza, 2010).

Nesse cenário também podemos observar a importância do acolhimento que se mostra como um processo construtivo de práticas de promoção e prevenção de saúde, que implica na responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando seu próprio contexto, com o uso de uma escuta qualificada para que possa de fato analisar as demandas, passando, então, a garantir a resolução em uma rede integral, resolutiva e responsável, por meio da articulação das redes internas dos serviços e redes externas com outros serviços para continuidade da assistência (Ministério da Saúde, 2014).

Essa aproximação entre a pessoa portadora de doença crônica e os profissionais promove um encontro com interações, aproximações, em que, de um lado, a pessoa busca assistência para um estado físico e emocional fragilizado e, do outro, um profissional é capaz de cuidar das suas demandas, sendo nesse cenário em que se cria o vínculo, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, com ajuda e respeito mútuos (Ministério da Saúde, 2014).

É possível perceber, também, que as pessoas não possuem o conhecimento do funcionamento da rede de atenção em saúde, não sabendo o papel importante que a atenção primária possui, sendo essencial que haja um movimento a respeito dessas possibilidades junto ao município, com o intuito de criar melhores formas de continuidade de cuidado.

Desta forma, a APS, como coordenadora do cuidado, exerce papel fundamental no primeiro atendimento ao usuário, devendo direcionar para a atenção especializada apenas quando não possuir mais recursos para a resolução da demanda apresentada, e, mesmo assim, o vínculo não deve ser perdido, pois esse paciente no pós-alta deverá retornar a essa unidade para que tenha a continuidade do cuidado.

A respeito da alta responsável, temos seu conceito na Resolução n. 13 de 2014, que consiste no

processo de planejamento e transferência do cuidado de uma unidade de saúde (hospitalar ou ambulatorial) para outra, de modo a propiciar a continuidade do cuidado por meio de: I) orientação de usuários/cuidadores, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado; II) articulação com os demais pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, em particular a atenção básica; e III) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas as práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados nas Redes de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2014)

Esse indicador é essencial para demonstrar a integralidade do cuidado, pois ele visa a toda a articulação entre os serviços de saúde que são capazes de proporcionar um atendimento de forma mais qualificada e humanizada, com a visualização do sujeito nas suas singularidades, e não apenas pela sua doença.

6.3 O vínculo e a responsabilização

Desta forma, com base nos casos apresentados, as pessoas apresentaram pouco vínculo junto aos serviços de saúde – iniciando pela atenção primária, que deveria ser o ponto principal de organização do cuidado. As pessoas conseguem observar a atenção primária apenas como um serviço pontual para pedidos de exames, medicamentos, ou quando ocorre o agravamento da doença, em que, muitas vezes, ao comparecem a esse local, são direcionados de forma não condizente com suas reais necessidades, o que ocasionalmente prejudica a assistência.

De qualquer forma, ainda é possível perceber determinada esperança por parte das pessoas para que os serviços sejam de fato organizados e possibilitem um cuidado integral, conforme segue relato de uma acompanhante no pós-alta:

A2: “(...) se eu não desfrutar dessas mudanças, muita gente que precisa muito mais do que eu vai desfrutar. E eu espero de verdade, que eu não tenha sido grossa com você. Mas eu só relatei o que eu passo. O que eu passei e assim eu espero de verdade que outras pessoas depois de mim, ou até eu mesmo, se uma hora precisar, seja diferente.”

Entretanto, notou-se também que, mesmo com o agravamento da doença, quando a pessoa e seus familiares foram orientados adequadamente no hospital, e com um desfecho com consequências mais graves, os mesmos passam a criar vínculos com certos profissionais, conforme segue relato de paciente durante sua internação.

A1: “Nossa foi sorte, Dr. V. internou ele rápido, cortou metade do pé para não cortar tudo, mas não deu certo a cirurgia e precisou amputar mais, mas ele tentou ajudar nós, mas agora fez o serviço certo, está dando toda a atenção. Olha o Dr. V. vai para o céu, Deus abençoe ele, porque se não ia subir pro pulmão e ele ia morrer.”

Foi possível perceber que esse fator ocorre no pós-alta, e, também, antes das pessoas irem para a atenção especializada, já tinham pouco vínculo com atenção primária, recorrendo a este serviço para buscar medicações, ou solicitar exames. Assim, acredita-se que tais fatores desencadeiam falta de cuidado de um olhar atento à doença, o que ocasionalmente pode acarretar seu agravamento.

Sobre os processos assistenciais, no que diz respeito à alta hospitalar responsável na perspectiva das pessoas, foi possível notar que aqueles internados no hospital com AVC informaram o conhecimento de profissionais como Médico, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Fonoaudióloga e Nutricionista, porém, os internados apenas devido à descompensação, observou-se a percepção somente de atendimento médico e de enfermagem. Foi perceptível também que a maioria não soube mencionar o nome dos profissionais envolvidos no cuidado, e possuem dificuldades de entender o processo que estão vivenciando, conforme demonstra o trecho abaixo:

A4: “então eu vim aqui por pneumonia, aí me internaram e não sei o que aconteceu, e estou nessa cadeira de rodas, aleijado, em cima da cama. Esse foi o presente que me deram. Ninguém sabe nada, ninguém fala nada, só quem está lascado sou eu, eu que sou culpado de tudo.”

Isto posto, é perceptível que muitas pessoas podem não aderir ao tratamento diante do acolhimento que tiveram nos serviços, sendo ocasionado pela própria prática profissional, que muitas vezes é pautada na visualização apenas da doença, sem atentar-se à singularidade do sujeito e às reais demandas que podem necessitar, ou ainda pela organização dos fluxos de encaminhamento. Para Campos (2003), “o vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”. Com a atenção voltada a esse vínculo possibilita que haja a ampliação da autonomia dos profissionais e também das pessoas.

6.3.1 As relações entre profissionais de saúde x pessoa portadora de Diabetes Mellitus

Ainda a respeito dos processos assistenciais, notaram-se determinados conflitos entre profissionais e as pessoas na visão de uma acompanhante, conforme relata:

A2: “*Alguns te tiram a credibilidade, te chamam de louco, fazem milhares de que, de coisas assim, sempre passando por cima das pessoas. (...) e as chefes, das enfermeiras que tem ali, eu, meu pai ficou treze dias internado, uma foi completamente incompreensível. Porque ele é um idoso cheio de problemas, ficava ali sentindo muita dor. E das outras quatro que eu vi passar de lá uma. Eu tenho vontade de matá-la até hoje! Mas eu não lembro o nome dela.*”

A respeito do mesmo caso, a acompanhante ainda relata agravamento de outras doenças, como hipertensão devido ao manejo dos cuidados durante a internação:

A2: “*(...) a hipertensão do meu pai, ela é controlada há mais de vinte anos só em períodos de susto, de nervoso, de estresse. Ela desregula realmente, e eu vi uma enfermeira chefe, quase infartando meu pai ali na mesa; Aí eu dei um grito com ela, falei para de fazer isso? Você não tá vendo? Como que o meu pai tá (...).*”

É perceptível que a doença causa muitos efeitos na pessoa acometida e em seus familiares, principalmente quanto à dimensão psicológica, em que muito tempo de internação, associado a determinadas situações que ocorrem nos serviços de saúde e dificuldades de comunicação desses profissionais com os familiares, pode ocasionar conflitos que agravam o quadro de saúde.

Quando uma acompanhante foi entrevistada, mesmo no pós-alta ela ainda recordava-se de determinado ocorrido, conforme segue:

A2: “*(...) Algumas enfermeiras olhavam torto pra mim porque eu falei pro doutor aquilo que elas falaram que não era pra eu fazer, (...) meu pai, por ele ser diabético, ele tem uma alimentação restrita.*”

Pode-se considerar que existe embate significativo entre familiares e profissionais de saúde, principalmente estigmatizações, que podem causar barreiras no tratamento adequado, pois ficam presos a conflitos relacionados a condutas, tendo os próprios profissionais dificuldades em lidar com determinadas situações e exigências apresentadas.

De acordo com Kemper, Mendonça e Souza (2016), uma das barreiras para o acesso universal à saúde é a falta de profissionais com perfil adequado para o cuidado integral, sendo essencial que tenham equipes multidisciplinares nos serviços de saúde para que, assim, possam somar as experiências de cuidado e traçar estratégias eficazes de manejo.

Para Cecílio (2003), muitos casos que poderiam ser tratados na atenção primária são repassados à atenção especializada, criando uma sobrecarga em determinados serviços em relação a outros, o que se configura na fala das pessoas, as quais muitas percorrem diversos locais para terem seu problema resolvido, dificultando a assistência adequada aos demais serviços, que se tornam sobrecarregados.

Segundo Lima et al. (2014), a relação estabelecida entre profissionais e as pessoas que utilizam os serviços do SUS é essencial para a reorganização da rede, e, caso isso aconteça, impactos positivos podem ocorrer para ambas as partes. Cabe destacar que essa relação pautada no diálogo é um grande desafio, seja por questões culturais, desentendimentos ou desigualdades de poder, sendo essencial estruturar essa qualificação profissional (Taddeo et al., 2012).

O cuidado muitas vezes ainda é centrado no médico, conforme relato:

E que orientação você recebeu pra cuidar na sua casa?

A1: “lavar a perna com água e sabão (...).”

Nota-se que, no relato que é perceptível o cuidado apenas em uma situação pontual, que foi a higienização do seu membro, porém não houve um entendimento de todo o processo necessário para garantir uma atenção integral. De acordo com Campos (2003), o trabalho das equipes deve apoiar as pessoas para que ampliem sua capacidade de pensar em um contexto social e cultural, reforçando um modelo de atenção pautado na educação em saúde, proporcionando autonomia para as pessoas frente às suas demandas de saúde.

O olhar atento dos profissionais frente a pessoa como singular mostra-se como muito essencial para o cuidado, como exposto a seguir:

A2: “(...) no ano passado mesmo teve só um episódio que foi a pressão que desregulou, mas eu não fui nem por mim, foi porque a menina da unidade H que se desesperou por conta da pressão dele que tava alta, e ligaram pra ambulância e mandaram ele pra lá, que nem que nem eu falei pra você eu conheço a saúde do meu pai. Meu pai tem fobia de ir no unidade. Ele vai no posto, ele vai no hospital e ele vai onde? Justamente por conta desse tratamento que eu tô falando pra você. Você chega no posto a pressão dele sobe. É um, é um banho, um comprimido a mais e tá tudo normal de novo. Mas não! Elas chamaram ambulância. Fizeram o espetáculo lá.”

Após o contato telefônico junto as pessoas que tiveram alta, foi possível detectar que, embora exista uma tentativa de planejamento de alta com certas orientações, eles ainda saem

da atenção especializada com determinadas dúvidas, o que, em alguns casos, pode levar a uma nova hospitalização, conforme segue:

A 5: “(...) Tive problemas nos primeiros dias após a alta. A diabetes tava subindo um pouco, 300/400 e eu não tinha insulina em casa, e tinha que ficar subindo no postinho e eu ia lá tomar, aí ficava normal.”

Desde 2007, foi instituído pelo Ministério da Saúde a política nacional de educação permanente para formação e desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito do SUS, e muitos estudos foram feitos até então, inclusive com ampla participação das Diretorias Regionais de Saúde, bem como Secretarias de Estado, porém embora houve avanços ainda é necessário mais investimentos na área, tendo em vista que pelos relatos apresentados ainda existe muitas barreiras a serem superadas, incluindo a co-responsabilização dos serviços para que instrumentos como a Alta Hospitalar Responsável não sejam vistos apenas como algo burocrático a ser feito como preenchimento de mais um documento, e sim como um importante instrumento que auxilia a proporcionar a integralidade do cuidado.

É necessário um olhar para além desse documento, e que haja o investimento na tríade informação, relação interpessoal, e coordenação do cuidado para que a continuidade do cuidado possa ser de fato mais assertiva. É essencial que as equipes observem os contextos em que os pacientes estão inseridos, sejam eles culturais, físicos, ou psicológicos, com uma observação atenta de quais são as potencialidades que farão com que eles consigam aderir ao tratamento no pós alta. (Zanetoni, Cucolo, Perroca, 2023).

Desta forma, podemos considerar que os achados da presente pesquisa podem orientar os profissionais a respeito de uma reflexão sobre o papel que desempenham frente ao cuidado, sua importância quanto profissional inserido na RAS, seja na APS ou atenção hospitalar, tendo em vista as vivências que foram relatadas por parte das pessoas, e principalmente refletirem a respeito da contribuição da alta responsável frente a continuidade do cuidado as pessoas portadoras de diabetes mellitus.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA

Ao analisar como a alta hospitalar responsável pode contribuir para a continuidade do cuidado a pessoas portadora de Diabetes Mellitus na rede de atenção à saúde, considera-se que existe a necessidade de um olhar atento à organização dessa rede assistencial, tendo em vista que, pelas experiências relatadas por parte das pessoas e seus acompanhantes, em muitos casos, houve o agravamento da doença, considerando a falta de vínculo junto ao seu território, onde buscam pelo serviço de atenção primária para resolver questões pontuais, como pedidos de medicamentos ou exames. É importante que haja processos de gestão e planejamento que ajudem as equipes da APS qualificarem o registro e suas intervenções no acompanhamento das pessoas portadoras de diabetes mellitus, ações estas mediadas especialmente pela boa possibilidade de construção de acolhimento e vínculo.

A atenção especializada também é vista como um local para resolver determinadas urgências, porém poderia utilizar mais da alta responsável para garantir essa continuidade do cuidado por meio da articulação entre os serviços que prestam assistência, em uma lógica da atenção primária como coordenadora do cuidado. É preciso criar estratégias ou ferramentas de melhorem a conexão e a comunicação entre os pontos de atenção, aqui no caso, entre o hospital e a atenção primária em saúde. As equipes de referência, segundo área de residência destes pacientes precisam ser avisadas sobre a passagem dos mesmos pela internação hospitalar e sobre a continuidade do cuidado pelas mesmas. Estes dispositivos de comunicação precisam ser criados ou fortalecidos.

Após a realização das entrevistas, foi possível observar, por meio dos relatos que é essencial que exista essa articulação entre os serviços, bem como que os profissionais visualizem a importância do seu papel frente ao cuidado, pois houve casos em que foi relatado que não sabiam distinguir quais profissionais estavam indo ao quarto ou qual orientação receberam no pós-alta. Houve inclusive relatos que as pessoas informaram que vão a mais de uma unidade de saúde, outros que recorrem ao cuidado em outro município, e também casos que somente procuram por atendimento quando possuem sintomas mais graves da doença.

A educação permanente é uma grande aliada quando pensamos em mudanças nos processos de trabalho, pois foi perceptível a necessidade desse investimento junto aos profissionais de saúde no sentido de conseguirem visualizar as pessoas não apenas na sua doença, e sim em todo o contexto que pode ser envolvido. O espaço da EPS pode contribuir para o fortalecimento da rede articulando melhor os diferentes níveis de atenção assim. Também

possibilita que nesta mesa de negociação os diferentes olhares e percepções possam ser compartilhados, como os trabalhadores, gestores, pessoas que utilizam os serviços, articuladores, entre outros. É necessário a institucionalização deste lugar de aprendizagens e transformação dos contextos de realidade.

Podemos considerar que este estudo permitiu analisar a contribuição da alta responsável frente à continuidade do cuidado e as necessidades de ajustes assistenciais que ainda são muito presentes, sendo essencial que haja maior investimento, como aumento de recursos humanos e financeiros, para que haja maior envolvimento da atenção primária frente ao cuidado das doenças crônicas, possibilitando que ela possa, de fato, assumir seu papel de coordenadora do cuidado frente a rede de atenção à saúde.

O atual contexto da transição demográfica e epidemiológica onde se observa um acelerado envelhecimento populacional sinaliza para o aumento das doenças crônicas e decorrentes do envelhecimento é importante que se garanta a discussão sobre o cuidado com as pessoas que já estão adoecidas por estas causas. É papel de todos os atores garantirem a manutenção desta discussão em pauta para se garantir melhoria na qualidade de vida destes cidadãos, com a menor presença possível das complicações, algumas irreversíveis, ocasionadas pela baixa qualidade do acompanhamento dos mesmos.

Sendo assim, a presente pesquisa pode ser considerada como um dispositivo de reflexão a ser proposto junto aos atores sociais que compõe a RAS, tendo em vista que ela mostra com base nas experiências vivenciadas pelas pessoas portadoras de Diabetes Mellitus, as fragilidades e necessidades de readequação dos processos de trabalho, onde espera-se a possibilidade de movimento junto a esses profissionais com a formação de grupos de diálogos que demonstre a importância de refletirem a respeito dos seus papéis, bem como da necessidade de visualizar cada pessoa como singular, e escutar de forma qualificada suas demandas de saúde, revendo inclusive seus processos de trabalho, para que instrumentos como a alta hospitalar responsável possa de fato ser um dispositivo de integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. V. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que queremos dele. *In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO.* (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em debate**, v. 46, n. 133, abr./jun. 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/citationstylelanguage/get/apa?submissionId=6731&publicationId=5026>. Acesso em: 1 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:t5DaExtSjREJ:www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 25 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito Sanitário e Saúde Pública, Volume II: Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde. **Políticas de Redes de Atenção à Saúde.** Portaria GM/MS n. 4279. DOU 30/12/2010.

BRASIL. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 3.390**, de 30 de dezembro de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional nº 001/2013.** Disponível em: http://www.hgb.rj.saude.gov.br/ceap/Norma_Operacional_001-2013.pdf. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. **Resolução n. 13** de 2014. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/acesso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel>. Acesso em: 5 mar. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, jun. 2003.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC IMS UERJ/ ABRASCO, 2006.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Editora? Campinas, 2003.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CEPAPS). Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. **Avaliação da Atenção à Saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melito em Atenção Primária à Saúde**. 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencaobasica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf. Acesso em: 15 fev. 2024.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREITAS, R. M.; PEREIRA, V. B. V.; COTRIM, M. M.; GONÇALVES, E.; MARTINS, A. M. E. B. L. Avaliação do perfil clínico e prática de atividades físicas em idosos diabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 48, 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

IDF. **Clinical Guidelines Task Force**. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2019. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/humanizacao/homepage/aceso-rapido/santas-casas-sustentaveis/indicador-a9-alta-responsavel>. Acesso em: 2 mar. 2024.

KEMPER, E. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, 2016, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902785&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jan. 2024.

LA FORGIA, G. **Rationale and objectives**. São Paulo: World Bank, Brazilian and International Experiences in Integrated Care Networks, 2006.

LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioética**, v. 22, n. 1, 2014.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2024.

MATTOS, R. A. Cuidado Prudente para uma vida decente. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS/ABRASCO, 2013.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária em saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília. Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. As redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, Rio de Janeiro, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500005. Acesso em: 10 jun. 2022.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 5 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 5 mar. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica**. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 35. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab_35.pdf. Acesso em: 1 mar. 2024.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. London: Sage, 1997.

OLIVEIRA, R. D. C. M. (Entre) Linhas de uma pesquisa: O Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, 2(4), P. 69-87, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059/730>. Acesso em: 10 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 25 fev. 2024.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco; IMS/UERJ, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS; R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2007.

SCHIMITH, M. D.; SIMON, B. S.; BRETAS, A. C. P.; BUDÓ, M. L. D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, fev. 2012.

SILOCCHI, C.; JUNGES, J. R. Equipes de atenção primária: dificuldades no cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. **Trab Educ e Saúde**, 2017.

SILVA, M. R. F.; OLIVEIRA, R. C.; BRITO, E. S. V. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

SOUZA-SILVA, J. C.; MARTINS, C. A.; BARBOSA, M. A. Rede de atenção à saúde: Percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 29 (Supl), dez. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução de Fidelity Translation. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. M. P. Organização de serviços de APS. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

TADDEO, P. S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 11, 2012.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *In*: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, 2018.

ZANETONI TC, CUCOLO DF, PERROCA MG. **Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care**. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20220452. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0452en>. Acesso em: 09/03/2024.

APÊNDICES: VERSÃO PACIENTE**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução CNS 510/2016)****Universidade Federal de São Carlos****Centro de Ciências Biológicas e da Saúde****Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica**

Título do Projeto de pesquisa: Alta hospitalar responsável: dispositivo para a continuidade do cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus.

Pesquisadora Responsável: Natalia Ferrari Vedroni

Nome do participante:

Data de nascimento:

Você está sendo convidado(a) para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado “Alta hospitalar responsável: dispositivo para a continuidade do cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus.”, de responsabilidade da pesquisadora Natalia Ferrari Vedroni, orientada pela Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido(a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

1. O trabalho tem por finalidade descrever como a Alta Hospitalar Responsável pode ser um dispositivo de continuidade de cuidado a pessoa portadora de Diabetes Mellitus, sendo assim, a pesquisa tem como objetivo, por meio da experiência vivenciada pelas pessoas que utilizam o serviço de saúde e trabalhadores, verificar como está o cuidado na Rede de Atenção à Saúde e quais pontos podem ser melhorados para que seja possível um cuidado de forma integral, visando à continuidade do tratamento pós-alta e melhor integração entre as equipes.

2. Você foi selecionado por ser uma pessoa portadora de Diabetes Mellitus que está internada devido a disfunções que você apresentou relacionadas a esta patologia e que resultaram em sua

internação no Hospital de Matão. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário semiestruturado com tópicos de diversos aspectos a respeito das suas vivências enquanto paciente do Hospital e também da Atenção Primária, sendo preenchido pela própria pesquisadora no momento do seu aceite em participar da referida pesquisa. Após esse primeiro contato, será estipulado dia e horário em que a pesquisadora entrará em contato com você por telefone ou presencial, quando não houver a disponibilidade de comunicação, após a sua alta, com o intuito de saber como está o seu acompanhamento de cuidados junto à rede municipal de saúde. O tempo de duração será de aproximadamente 1 hora, em que a conversa será gravada para melhor apuração das informações obtidas, que serão posteriormente transcritas.

3. As perguntas não serão invasivas à sua intimidade, porém, durante a execução da pesquisa, poderão ocorrer riscos tais como: cansaço ou aborrecimento por responder o questionário, constrangimentos ao expor situações vivenciadas na atenção primária, bem como no hospital, medos e receios, caso tenha tido algum mal-entendido com algum membro da equipe, desconforto psicológico por lembrar de situações que podem causar gatilhos emocionais, desconforto devido à utilização de gravações de áudio ou vídeo, alterações da visão de mundo, dos serviços de saúde e da sua doenças ao realizar as reflexões sobre o seu processo. Destaca-se que tais riscos podem ser expressos por meio de desconforto, constrangimento, medos por não saber responder alguma pergunta do questionário, estresse, quebra de sigilo, cansaço, vergonha de responder as perguntas, dano, quebra de anonimato, além de riscos físicos como quedas, dor, lesões e até risco de morte.

4. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão: Possibilidade de compartilhar a sua vivência e assim ser visto como uma pessoa em sua singularidade, sujeito de direitos e protagonista do seu processo vivenciado dentro da internação hospitalar e na atenção primária, reflexão a respeito de melhores formas de cuidado, bem como continuidade do mesmo, contribuir por meio da sua vivência para modificação das rotinas de trabalho das equipes, melhorando a integração e articulação entre os serviços, sendo muito benéfico para a sociedade e ajudando a melhorar a qualidade de vida de pessoas diabéticas.

5. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa ou desistência não

lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em relação à pesquisadora, ao Hospital ou à Universidade Federal de São Carlos. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. A pesquisadora assume todas as despesas financeiras decorrentes desta pesquisa.

6. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigno possível. A transcrição das gravações feitas nos encontros dos grupos será realizada na íntegra pela pesquisadora.

7. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação no estudo, os voluntários poderão pleitear indenização, segundo as determinações do Código Civil (Lei nº 10.406 de 2002) e das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

8. O seu nome será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejar terá livre acesso a todas as informações e os esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

9. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

10. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisadora Responsável: Natalia Ferrari Vedroni

Endereço: Rua Sinharinha Frota, n. 146, Apto. 41 – Matão/SP

Contato telefônico: 16 - 981259983

E-mail: nataliafvedroni@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

Instrumento orientador para entrevista das pessoas na internação:

1 – Identificação da pessoa portadora de Diabetes Mellitus:

Nome: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____ Renda mensal: _____

Data de Internação: ___/___/_____

Data Nascimento: ___/___/_____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Município origem: _____

Telefone: _____

Acompanhante: ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, especifique _____.

2 – Atendimento Inicial:

Vínculo com a rede local: () Creas () CRAS () Secretaria do Bem Estar Social ()
Secretaria Municipal de Saúde ()Fundo Social de Solidariedade ()Conselho Tutelar ()
CAPS () CAPS AD () Ambulatório de Saúde Mental () UBS () ESF () Outros

3 - Histórico de atendimento:

Há quanto tempo é pessoa portadora de Diabete Mellitus? Como tomou conhecimento?

Usa medicamentos? Qual frequência que procura uma UBS? E ESF?

Por qual motivo procurou o Hospital?

Sabe o motivo da internação?

Já recebeu orientações a respeito dos cuidados pós-alta?

Onde você recebe apoio para cuidar da sua doença?

Como tem sido o acompanhamento do seu problema de saúde na sua unidade de saúde?

Profissionais de contato: ()Serviço Social ()Psicologia ()Nutrição ()Fisioterapia

() Fonoaudiologia () Enfermagem () Médico () Outro

Sabe identificar nomes: _____

Instrumento orientador para entrevista com pacientes pós-alta:

1 – Identificação da pessoa:

Nome: _____

Data da alta: ___/___/_____

Telefone: _____

2 – Histórico pós-alta:

Como recebeu as orientações pós-alta?

Quais profissionais estavam presentes?

Consegue identificar nomes?

Já iniciou acompanhamento na Unidade Básica de Saúde?

Necessitou de cuidados especiais pós-alta?

Possui alguma dúvida a respeito da continuidade do cuidado?

Tem alguma observação a respeito do seu processo de alta hospitalar?



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Natalia Ferrari Vedroni, realizada em 27/03/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano (UFSCar)

Profa. Dra. Sueli Fatima Sampaio (UFSCar)

Prof. Dr. Edson Malvezzi (PM-Campinas)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.