

A CONTINUIDADE DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DO SER CUIDADO*

Letícia Fernanda Cota Freitas¹, Danielle de Araújo Moreira², Maria José Menezes Brito³

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Faculdade de Minas e Pontifícia Universidade Católica. Belo Horizonte-MG-Brasil.

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG-Brasil.

³Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG-Brasil.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi compreender a continuidade do cuidado na percepção de acompanhantes e usuários portadores de doença crônica não transmissível. A pesquisa é qualitativa, descritiva, realizada em 2012, em uma Unidade de Atendimento Imediato do município de Betim em Minas Gerais, com sete participantes. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada. Procedeu-se à análise e emergiram três categorias: A continuidade informacional e os impasses para o alcance da continuidade do cuidado; Continuidade Gerencial: fragilidades que afetam a continuidade do cuidado; Significados da continuidade para o ser cuidado: aspectos positivos que permeiam as ações cotidianas. Observaram-se fragilidades na continuidade do cuidado aos pacientes com queixas crônicas, provocadas por falhas na comunicação, interação deficitária entre os serviços da rede de atenção, gerenciamento inadequado do serviço. Considera-se essencial delinear estratégias que visem superar limitações para a garantia de assistência íntegra e resolutiva.

DESCRITORES: Continuidade da assistência ao paciente; Doença crônica; Gestão em saúde.

THE CONTINUITY OF CARE FROM THE PERSPECTIVE OF THE BEING CARED FOR

ABSTRACT: This study aims to understand the continuity of the care from the perspective of companions, and service users with chronic non-communicable diseases. The research is qualitative and descriptive, and was undertaken in 2012 in an Emergency Department of the municipality of Betim in the Brazilian state of Minas Gerais, with seven participants. The information was collected through semistructured interviews. Three categories emerged from the analysis undertaken: Informational continuity and the impasses to achieving continuity of care; Managerial continuity: weaknesses which affect the continuity of the care; Meanings of the continuity, for the being cared for: positive aspects which permeate the routine actions. Weaknesses were observed in the continuity of the care for the patients with chronic complaints, caused by failures in communication, inadequate interaction between the services of the care network, and inadequate managing of the service. It is considered essential to outline strategies which aim to overcome limitations so as to ensure comprehensive and resolute care.

DESCRIPTORS: Continuity of the care for the patient; Chronic illness; Management in health.

LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO EN LA PERSPECTIVA DEL SER CUIDADO

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue comprender la continuidad del cuidado en la percepción de acompañantes y usuarios con enfermedad crónica no transmisibles. Es una investigación cualitativa, descriptiva, realizada en 2012, en una Unidad de Atendimento Inmediato del municipio de Betim en Minas Gerais, con siete participantes. Las informaciones fueron obtenidas por medio de entrevista semiestruturada. Del análisis resultaron tres categorías: La continuidad informacional y los problemas para el alcance de la continuidad del cuidado; Continuidad Gerencial: fragilidades que afectan la continuidad del cuidado; Significados de la continuidad para el ser cuidado: aspectos positivos que permean las acciones cotidianas. Fueron observadas fragilidades en la continuidad del cuidado a los pacientes con quejas crónicas, causadas por fallos en la comunicación, interacción deficitaria entre los servicios de la red de atención, administración inadecuada del servicio. Se considera esencial promover estrategias para superar limitaciones a fin de garantizar la asistencia íntegra y resolutiva.

DESCRIPTORES: Continuidad de la asistencia al paciente; Enfermedad crónica; Gestión en salud.

*Artigo extraído da Dissertação de Mestrado intitulada: Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica não transmissível em uma Unidade de Atendimento Imediato. Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

Autor Correspondente:

Letícia Fernanda Cota Freitas
Faculdade de Minas e Pontifícia Universidade Católica.
Av. Alfredo Balena, nº190 - 30130-100 - Belo Horizonte-MG-Brasil
E-mail: cotaleticia@gmail.com

Recebido: 04/04/2014

Finalizado: 29/09/2014

INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição Brasileira, promulgada em 1988, destaca a saúde como um direito social e de cidadania, resultante das condições de vida da população⁽¹⁾. Esse marco histórico na transformação do modelo de saúde do país foi regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990, determina condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços⁽²⁾.

Apesar das conquistas alcançadas pelo sistema de saúde vigente no país, a implantação de seus princípios e diretrizes ainda não se efetivou plenamente. Nessa perspectiva, destaca-se o princípio da integralidade da assistência:

entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema^(2:3).

Dentre os atributos responsáveis pela garantia da integralidade, encontra-se a continuidade do cuidado. O conceito-chave para esse atributo, neste estudo, refere-se à resolução de um problema de saúde específico em uma sucessão ininterrupta de eventos⁽³⁾. A busca na literatura evidencia a existência de diversos tipos de continuidade, dentre os quais se destacam a continuidade informacional, a continuidade gerencial e a continuidade relacional⁽³⁻⁵⁾.

Na primeira, a informação é descrita como uma conexão entre o cuidado prestado pelos profissionais e entre os eventos que permeiam as necessidades do sujeito⁽⁴⁾. Essa conexão pode ser alcançada por meio da coordenação da atenção prestada. Para isso, é fundamental que se estabeleçam mecanismos de transferência de informações a respeito das demandas do usuário e das condutas adotadas para a resolução de problemas⁽³⁾.

Em relação à continuidade gerencial, é especialmente importante nas doenças com condições clínicas complexas e em doenças crônicas que requerem gerenciamento por muitos profissionais que podem potencialmente trabalhar com propostas interligadas. Já a continuidade relacional, estabelece, no processo de cuidado do usuário, uma relação entre o presente, o passado e o futuro⁽⁴⁾.

A garantia da continuidade do cuidado é fundamental em todos os pontos da rede de atenção à saúde. Nessa perspectiva destacam-se os serviços de urgência e emergência, os quais constituem portas de entrada importantes para o sistema de saúde e para usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, já que podem apresentar quadros de agudização⁽⁶⁾. Aparatos tecnológicos, acessibilidade geográfica e organizacional são aspectos que contribuem com a demanda por atendimentos nesses locais⁽⁷⁾.

Considerando a magnitude crescente da morbimortalidade e das implicações econômicas dessas doenças, o objetivo deste artigo é compreender a continuidade do cuidado na percepção de acompanhantes e usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis atendidos em uma Unidade de Atendimento Imediato.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa⁽⁸⁾, realizada em uma Unidade de Atendimento Imediato localizada no município de Betim, Minas Gerais. De acordo com a legislação vigente, essas unidades correspondem às Unidades de Pronto Atendimento, sendo considerados serviços de urgência não hospitalares⁽⁹⁾.

A amostra da pesquisa foi composta por sete participantes, a saber: três usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis e quatro acompanhantes de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis que não puderam participar da entrevista devido a fatores associados à condição de saúde. Os participantes foram assim identificados: U2, U3, U4 (usuários) e AU1 (acompanhante do usuário 1 – cuidadora), AU5 (acompanhante do usuário 5 – irmã), AU6 (acompanhante do usuário 6 – filha), AU7 (acompanhante do usuário 7 – filha). A inclusão dos usuários foi orientada pelos seguintes critérios: ter mais de 18 anos, ser portador de uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis e apresentar queixa relacionada a doença crônica. A inclusão dos acompanhantes dos usuários foi norteada pelos seguintes critérios: usuário estar impossibilitado de participar da entrevista por sua condição de saúde atual, usuário ser portador de

uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis e o acompanhante ter 18 anos ou mais.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2012 sendo finalizada por meio dos critérios de repetição e relevância. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, com dados de identificação e indagações referentes à temática apresentada. A questão norteadora da pesquisa foi: como vem ocorrendo a continuidade do cuidado aos portadores de doença crônica não transmissível em uma Unidade de Atendimento Imediato?

Os depoimentos dos participantes foram gravados e transcritos na íntegra, garantindo a fidedignidade dos dados. A seguir, foram tratados mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. A organização dessa análise requer a aplicação de três pólos cronológicos que foram respeitados neste estudo: ⁽¹⁾ a pré-análise; ⁽²⁾ a exploração do material; ⁽³⁾ o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação⁽¹⁰⁾.

As normas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos foram observadas e aplicadas em todas as fases. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG - Parecer 0057.0.410.203-10) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Betim⁽¹¹⁾. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem informados sobre a garantia de anonimato, privacidade e utilização dos resultados somente para fins científicos.

RESULTADOS

O perfil dos usuários demonstrou que a idade variou de 29 a 78 anos, com média de 57 anos. Constatou-se que, dos sete usuários, seis eram portadores de mais de uma doença crônica não transmissível.

A análise dos resultados permitiu a elaboração de três categorias temáticas: A continuidade informacional e os impasses para o alcance da continuidade do cuidado; Continuidade Gerencial: fragilidades que afetam a continuidade do cuidado; Significados da continuidade para o ser cuidado: aspectos positivos que permeiam as ações cotidianas.

Emergiu nas falas dos usuários e acompanhantes

a continuidade informacional no contexto da Unidade de Atendimento Imediato e das relações com os demais serviços. Nesse sentido, observaram-se alguns fatores que interferem nas ações essenciais para a garantia dessa continuidade, tais como: comunicação falha entre os profissionais e profissionais-usuários, interação deficitária entre os serviços, referência e contrarreferência incipiente e planejamento ineficaz da alta hospitalar.

A comunicação entre profissionais, no que tange a assistência direta ao paciente, demonstrou fragilidade em relação à transmissão das condutas estabelecidas. Entre profissionais e usuários os déficits na comunicação se deram no momento da execução do cuidado em ato. O depoimento a seguir remete à fragmentação do cuidado, que desconsidera a integralidade do sujeito e impede a comunicação clara e resolutiva.

Eu acho esse trem, menina, muito errado, igualzinho eu estou aqui, o médico mandou eu tomar heparina, não mandou? O outro médico chega e manda tirar a heparina. Quem está certo, o médico ou outro médico? O que atendeu ontem, ou o que atendeu hoje? Eu não sei quem está certo ou está errado, tinha que ser um ou outro [...]. (U3)

No aspecto interação deficitária entre os serviços foram identificados problemas no que concerne a comunicação centrada na continuidade do cuidado prestado. Esse achado impacta na assistência contínua e integral ao ser cuidado. Ademais, a falta de comunicação entre os serviços caracteriza-os como unidades - ilha, conforme a fala de AU7.

Muitas das vezes a mamãe vem para cá com flebite e eu tenho que requerer mais material devido às secreções, essas coisas que saem mais, aí as meninas do posto 'uai, ela estava internada?' O pessoal do posto mesmo não sabia. Não procura saber. (AU7)

Por se tratar de uma unidade de urgência e emergência, os usuários consideram que a Unidade de Atendimento Imediato não realiza referência e contrarreferência, o que reforça o modelo de atendimento pautado na

relação queixa-conduta, contribuindo para a descontinuidade do cuidado.

Não deu encaminhamento não. Aqui não dá. Isso daqui é pronto socorro. Isso daqui não dá. (U4)

Outro fator que interfere na garantia da continuidade do cuidado é a alta que quando não planejada é identificada como um problema para coordenar a assistência a ser prestada pela família e pelo serviço de referência, conforme a fala de AU5.

O hospital não falou nada, deu alta para ele [paciente], a ambulância já estava chegando com ele lá em casa, nem sabia que ele estava de alta e já estava chegando lá [...] (AU5)

Continuidade Gerencial: fragilidades que afetam a continuidade do cuidado

Nos depoimentos dos participantes a continuidade gerencial foi referida como um tipo de continuidade (continuidade gerencial) e também por aspectos gerenciais relacionados à Unidade de Atendimento Imediato.

Em relação à continuidade do cuidado voltado para as condições crônicas, ficou evidente que na Unidade de Atendimento Imediato não existem ou não estão sendo utilizados protocolos ou diretrizes para gerenciar e operacionalizar a assistência dos usuários na Rede de Atenção à Saúde.

Aqui, tem bombinha, tem micro. Adianta não, tem que vir no UAI. É ele [Unidade de Atendimento Imediato] que resolve meu problema. (AU2)

Tendo em vista a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis, o gerenciamento das condições crônicas mostrou-se deficiente por não garantir atendimento integrado, conforme estabelecido pelas políticas públicas^(1-2,9). A fala de AU7 retrata essa realidade, a qual prejudica a qualidade de vida dos usuários.

Não é muito contínuo não, porque igual ela às vezes depende de certas especialidades, tem uma certa dificuldade, aí acaba que a gente que tem que correr atrás, ou então a demora é grande, a

gente sabe que no SUS tudo é demorado mesmo por causa da demanda, mas então tem certas coisas que leva até tempo demais. (AU7)

No que tange os aspectos relacionados à gestão, os participantes apontam as características da assistência oferecida na Unidade de Atendimento Imediato que contribuem com a procura dos usuários por esse serviço. Essa procura pode ser justificada pela concentração de tecnologias duras, explicitada pelas falas de U2 e U4 como as que de fato solucionam suas demandas.

Porque a UAI atende a gente mais rápido, tira chapa, faz tudo, eu acho muito bom, sabe? Então, eu gosto da UAI. (U2)

A gente opina mais para aqui [Unidade de Atendimento Imediato] por causa dos exames. A gente sai daqui arrumadinha. (U4)

Essa característica da Unidade de Atendimento Imediato faz com que o usuário considere o serviço resolutivo e retorne sempre que precisar de atendimento, conforme observado na fala de AU6.

Toda vez que precisou a gente sempre veio para cá [Unidade de Atendimento Imediato]. Nem procura outro para não atrapalhar o atendimento [...]. (AU6)

A acompanhante de U6 explica que o usuário é portador de várias doenças crônicas, faz acompanhamento médico em um centro de especialidades em Belo Horizonte e, quando tem uma piora clínica, procura atendimento na Unidade de Atendimento Imediato.

Esse relato demonstra a importância de o usuário compreender as características de cada serviço da rede de atenção para que possa buscá-lo de acordo com as suas necessidades de saúde.

Ainda em relação aos aspectos gerenciais, a discussão sobre a gestão de recursos materiais emergiu nos depoimentos dos participantes que apontaram faltas e dificuldade na obtenção de medicamentos. A ausência de subsídios inerentes ao tratamento dos usuários interfere de modo direto na continuidade do cuidado.

Eu trouxe o [medicamento] da pressão que eu tomo em casa. [...] Estou tomando o que é comprado. (U4)

Significados da continuidade para o ser cuidado: aspectos positivos que permeiam as ações cotidianas

Apesar das fragilidades apresentadas anteriormente, a pesquisa possibilitou captar também vivências que constataam a presença de ações que possibilitam a resolução dos problemas de saúde apresentados pelos usuários. Uma ação que contribui para a continuidade do cuidado, explicitada na fala de AU7, diz respeito ao fornecimento de medicamentos no momento da alta.

Na hora da alta eles passam a receita, porque normalmente ele veio aqui só por falta de ar ou pneumonia, aí toma os remédios aqui. Quando precisa de continuar o tratamento via oral, ela [médica] passa o remédio e continua o tratamento em casa. Aí ele melhora, fica beleza. (AU6)

[...] ela sai com um remédio específico daquele momento [...] ela já faz acompanhamento no posto, de pressão, de diabetes, essas coisas, então ela já tem lá os remédios dela. A médica da UAI avalia a receita, sempre avaliou essa receita que ela traz do posto [...] talvez ela suspenda ou ela aumenta, mas procura logo o centro da unidade básica de saúde, aí a mamãe dá continuidade. (AU7)

O estudo permitiu revelar que a continuidade do cuidado é vivenciada, parcialmente, pelos usuários por meio de ações assistenciais. Esse fato demonstra que, apesar das limitações identificadas, essa continuidade existe e integra a atenção prestada na Unidade de Atendimento Imediato.

DISCUSSÃO

No âmbito da continuidade informacional, a comunicação entre os usuários, acompanhantes e profissionais, contribui para a execução de atividades voltadas para a continuidade do cuidado. No serviço de saúde, o usuário se depara

com uma rotina e com normas que controlam suas ações; por conseguinte, é importante que o processo de comunicação suceda de maneira efetiva a fim de não afetar o tratamento e o cuidado ofertado⁽¹²⁾.

Considerando a continuidade aludida, no que diz respeito à interação entre os serviços, pesquisa realizada em Portugal evidenciou que a troca de informações entre os mesmos é escassa ou inexistente; esse fato pode dificultar a tomada de decisão⁽¹³⁾.

Para que os usuários recebam uma assistência integral e contínua faz-se necessária a utilização de diversos serviços e de distintas tecnologias⁽¹⁴⁾. Nesse contexto, emerge uma das competências da Unidade de Atendimento Imediato que consiste em articular com a Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as unidades hospitalares e outros serviços de saúde, construindo fluxos efetivos de referência e contrarreferência⁽¹⁵⁾.

Entretanto, os achados desta pesquisa demonstraram ausência de encaminhamento dos usuários para os diversos serviços. Essa situação pode ser entendida como uma saturação do limite operacional das unidades. A superlotação, comumente encontrada na urgência e emergência, afeta as condições de trabalho, interfere negativamente nas ações que visam à continuidade do cuidado⁽¹⁶⁾.

Uma das possíveis sugestões para superar esse impasse encontra-se na operacionalização de equipes com a função de reconhecer e encaminhar os usuários conforme suas necessidades. Nesse sentido, as altas dos serviços de saúde são entendidas como um momento fundamental para a realização de uma adequada contrarreferência e para a continuidade do cuidado, não apenas de forma burocrática, mas pelo compromisso do profissional e da instituição⁽¹⁴⁾.

Apesar de a continuidade informacional apresentar lacunas, a assistência à saúde tem sido prestada. Diante dessa perspectiva, torna-se necessária a participação dos gestores, profissionais e usuários de forma articulada para a efetivação da continuidade⁽⁶⁾.

Em relação à continuidade gerencial, a análise das falas dos participantes demonstrou um modelo de atendimento baseado na queixa-conduta remetendo ao modelo biomédico, no qual os processos de trabalho ainda são fortemente influenciados por saberes, equipamentos, normas

e estruturas organizacionais que enfatizam aspectos biológicos para a interpretação dos fenômenos vitais⁽¹⁷⁾.

Cabe salientar a necessidade de se refletir sobre essa lógica do sofrimento manifesto, da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, passando a trabalhar sob uma ótica integral^(14, 17-18).

Estudos demonstraram que a continuidade do cuidado prediz um menor uso dos serviços de urgência, particularmente entre os indivíduos com várias comorbidades e múltiplas internações em hospitais⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Pacientes com diabetes, assistidos por médicos de família que visavam à continuidade do cuidado, tiveram taxas de hospitalização e mortalidade menores quando comparados com pacientes que não receberam essa assistência⁽²¹⁾.

As dimensões gerenciais que permeiam a continuidade do cuidado influenciam na qualidade da assistência prestada e têm características complexas e dinâmicas. No que tange o planejamento dos serviços de saúde, torna-se necessário o aprimoramento dos sistemas de gerenciamento de recursos materiais, bem como da infraestrutura, a fim de assegurar a assistência contínua, de qualidade, a um menor custo e isenta de riscos para profissionais e usuários⁽²²⁾. Ademais, é importante que as ações de cuidado ocorram de maneira holística e singular⁽²³⁾.

Quanto à percepção dos pacientes e profissionais sobre a continuidade do cuidado no cotidiano assistencial, cabe salientar que esta não consiste em um atributo dos profissionais ou das organizações. A continuidade traduz-se na forma como o indivíduo sente a integração dos serviços, na troca efetiva de informações entre os profissionais e usuários e na coordenação do cuidado^(4-5,13).

Os resultados da pesquisa demonstraram que a continuidade não é vivenciada pelos usuários em sua plenitude. Para alcançá-la, é fundamental uma comunicação efetiva entre os serviços e a compreensão, por parte dos profissionais, das necessidades de cada ser cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo comprovou rupturas relacionadas a falhas na comunicação; interação deficitária entre os serviços da rede de atenção e gerenciamento

inadequado do serviço, as quais precisam ser consideradas na definição de políticas e estratégias que tenham como alvo o cuidado humanizado e de qualidade.

No que se refere à continuidade informacional, encontraram-se fragilidades que precisam ser superadas. Emerge, dessa realidade, um questionamento: Será que o usuário se transformou em uma tecnologia do tipo "prontuário peregrino", ao ter que garantir sua referência e contrarreferência?

Tendo em vista a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis, o gerenciamento das condições crônicas na Unidade de Atendimento Imediato apresentou algumas fragilidades que refletem na qualidade de vida dos usuários e influenciam o sistema de saúde como um todo.

Apesar das fragilidades encontradas, na percepção de alguns usuários, a continuidade do cuidado acontece por meio da disponibilização de recursos. É preciso, no entanto, considerar a necessidade de traçar estratégias, com o intuito de prestar uma assistência contínua que ultrapasse a esfera individual e subjetiva.

Este estudo é pertinente por ter sido realizado sob a ótica do ser cuidado, o que favorece a criação de estratégias e políticas coerentes com as necessidades sociais. O desenvolvimento de novas pesquisas permitirá minimizar as inquietações referentes ao tema e propiciará a definição de ações que viabilizem o alcance da continuidade do cuidado para todos os sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, p. 99-100, 1988.
2. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Carol EA, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. [Internet] 2003;327(22) [acesso em

- 02 abr 2012]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219>
5. Cunha EM; Giovanella, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc. saude colet.* 2011;16(Suppl 1):S1.029-1.042.
 6. Freitas LFC. Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma Unidade de Atendimento Imediato [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
 7. Barros DM; Sá MC. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*; 15(5):2473-2482, 2010
 8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 269p.
 9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial União*. 07 de julho de 2011.
 10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Revista e atualizada. Lisboa: Edições 70; 2009. 274p.
 11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
 12. Barros LM, Araújo TM, Neri MFS, Soares E, Caetano JA. Internação em uma unidade de emergência hospitalar: vivência. *Cogitare enferm.* [Internet] 2013;18(2) [acesso em: 11 mar 2014] Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/32583/20699>
 13. Sousa PAF, Frade MHLBC, Mendonça DMMV. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo Delphi. *Acta Paul. Enferm.* 2005;18(4):368-381.
 14. Merhy EE, Cecílio LCO. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar Unicamp; 2003. [atualizada em: ; acesso 05 mai 2011]. Disponível: www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.648, de 07 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília. *Diário Oficial da União*. 07 de novembro de 2011.
 16. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. saude publica.* 2009;25(7): 1439-1454.
 17. Marques G, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008;42(1):41-47.
 18. Silva RVGOS, Ramos FR. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev. gauch. enferm.* [Internet] 2011;32(02) [acesso em 30 jul 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1983-4472011000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
 19. Mc-Cusker J, Tousignat P, Borges SR, Ciamp A, Lévesque JF, Vadeboncoeur A, Sanche S et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *CMAJ* [Internet] 2012;184(6) [acesso em 06 out 2012]. Disponível em: <http://www.ecmaj.ca/content/184/6/E307.short>
 20. Health Quality Ontario. Continuity of Care to Optimize Chronic Disease Management in the Community Setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* [Internet]. 2013. 13(6):1-41 [acesso em 21 agosto 2014]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/228832/>
 21. Worrall G, Knight J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician* [Internet] 2011;57(1) [acesso em 26 jun 2012]. Disponível em: <http://www.cfp.ca/content/57/1/e16.short>
 22. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). *Gerenciamento em Enfermagem*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 196p.
 23. Dornelles SS, Silva DMGVS, Mattosinho MMS, Kuhen AE, Baião S, Sandoval R et al. O cuidado à pessoa com diabetes mellitus e sua família. *Cogitare enferm.* [Internet] 2013; 18(3) [acesso em: 27 fev 2014] Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view>