

Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede

Liaison nurse: a strategy of network integration

Enfermera de comunicación: una estrategia de integración en red

Elizabeth Bernardino¹, Maria Luiza Hexsel Segui¹, Marilene Blum Lemos¹, Aida Maris Peres¹

¹Universidade Federal do Paraná. Departamento de Enfermagem. Curitiba, PR

¹Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas. Curitiba, PR

Submissão: 05/03/2009

Aprovação: 256/04/2010

RESUMO

Este artigo objetiva identificar a demanda e as possibilidades de atuação da enfermeira de ligação no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. É uma pesquisa descritiva na modalidade estudo de caso, desenvolvida de agosto de 2007 a maio de 2008 e realizada em duas etapas distintas. Primeiramente se realizou uma monitorização das altas hospitalares por meio de formulários, e em seguida, após a seleção de uma unidade de internação em que houve a atuação do papel de enfermeira de ligação junto aos usuários com alta hospitalar, foram entrevistados 10 destes, com a utilização de um roteiro semi-estruturado. Por último, foi realizada a categorização das entrevistas e submissão dos dados à análise temática. Os resultados apontam que a implantação da função enfermeira de ligação é um passo para viabilizar a integração do HC/UFPR à rede e colaborar para a integralidade da atenção.

Descritores: Alta hospitalar; Continuidade da assistência ao paciente; Enfermagem.

ABSTRACT

This paper aims to identify the demand and potential activities of the Liaison Nurse position in the *Hospital de Clínicas* of the *Universidade Federal do Paraná*. It is a descriptive research, based on a case study, and it was carried out in two stages, within August 2007 to May 2008. In the first stage, and through the use of forms, it was made a follow-up of hospital discharges. Then, it was selected a hospital admission unit in which a Liaison Nurse treated discharged patients, and ten of them were interviewed through the use of a semi-structured questionnaire. Lastly, the interviews were categorized and the data obtained was submitted so as its content could be analyzed. The results demonstrated that the implementation of the Liaison Nurse position is an essential step in the integration of the HC/UFPR to the network and promote the medical care integrity.

Keywords: Patient discharge; Continuity of patient care; Nursing.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo identificar la demanda y posibilidades de acción de la enfermera de comunicación en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná. Es un trabajo descriptivo en la modalidad estudio de caso, desarrollado entre agosto de 2007 y mayo de 2008, y realizado en dos etapas. Primero, se realizó un seguimiento de altas hospitalarias por medio de formularios; posteriormente fue seleccionada una unidad de internación en que hubo la acción de la Enfermera de Comunicación junto a los pacientes de alta hospitalaria y fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas con 10 destes. Finalmente, fue realizada la categorización y envío de datos para análisis temática. Los resultados demostraron que la implantación de la función Enfermera de Comunicación es un paso para viabilizar la integración del HC/UFPR a la red y colaborar para la integralidad de la atención.

Descriptores: Alta hospitalaria; Continuidad de la atención al paciente; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Elizabeth Bernardino. Rua Francisco querino de Lima 199 casa 09 Sao Braz. CEP 820 15-360. Curitiba, PR.
E-mail: elizaber@ufpr.br

INTRODUÇÃO

A integração pode ser entendida como a coordenação e a cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde⁽¹⁾ que atenda os usuários em suas necessidades individuais e coletivas. O conceito de integração tem seus contornos pouco precisos, porém, de forma ampla, é o processo que consiste em criar e manter, durante um tempo, um governo comum entre atores e organizações autônomas com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para um projeto coletivo⁽²⁾.

Considerando o Sistema Único de Saúde (SUS) como projeto coletivo, o presente artigo trata da integração como uma forma de operacionalizar um de seus princípios fundamentais que é a integralidade, que vem a ser, segundo a Constituição de 1988, um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema⁽³⁾. Nesta perspectiva, pode-se afirmar, então, que os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se faz numa rede de relações⁽⁴⁾.

O princípio da integralidade pode ser utilizado em dois sentidos: o primeiro com a idéia de que o indivíduo é um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que o levam a adoecer e a morrer⁽⁵⁾ e necessitam, portanto, de múltiplos cuidados. O segundo tem a ver com o fato de que o indivíduo pertence à um "sistema de saúde", sendo que a integralidade do cuidado que o indivíduo precisa transversalisar todo o sistema, portanto a integralidade só pode ser conseguida em rede⁽⁶⁾.

Assim, o princípio da integralidade remete obrigatoriamente ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de uma população⁽⁷⁾.

A partir de conceito de Hartz e Contandrioupolus⁽¹⁾, a integralidade da atenção resulta da integração dos cuidados sob a coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém com problemas de saúde, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço conforme os conhecimentos específicos, de acordo com as categorias profissionais.

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde e assegura atenção individual e coletiva aos usuários do sistema⁽⁵⁾. Requer e pressupõe o compromisso com a prática multiprofissional e ações de educação em saúde, como elemento produtor de um saber coletivo, que traduz no indivíduo autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e seu entorno⁽⁷⁾.

Do ponto de vista do usuário, a integração se produz quando uma gama completa de serviços é coordenada de forma que cada usuário recebe o serviço certo, no momento certo, no lugar certo, pela pessoa certa, sem que ele tenha que, sozinho, obter este serviço⁽⁸⁾. Consequentemente, a continuidade da atenção à saúde, operacionalizada por estratégias integrativas, é a maneira pela qual o cuidado é percebido pelos usuários como coerentes e ligados no

tempo.

A agenda sanitária brasileira é orientada para a integração em rede dos serviços que compõem o SUS. Um dos locais em que a implantação do SUS apresenta avanços para a formação de redes de atenção integradas é o município de Curitiba, capital do Paraná. Os fundamentos que sustentam a organização do SUS/Curitiba, além da "saudicidade" e da "distritalização", é a integração dos serviços em "rede", ou seja, os serviços de saúde são integrados por uma rede contínua de pontos de atenção à saúde, que presta assistência a uma população definida (distrito e território)⁽⁹⁾.

Pertence a esta rede o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR), como um hospital da rede de hospitais do Ministério da Educação e Cultura (MEC) incorporado à rede SUS/Curitiba em 2004. A sua inserção está vinculada a assistência de média e alta complexidade, educação permanente, adensamento e evolução da estrutura tecnológica⁽¹⁰⁾. Dessa forma, observou-se o desenvolvimento e implantação de tecnologias de cuidado, que permitiram reduzir a média de permanência, além do aprimoramento dos processos de humanização e de gestão hospitalar⁽¹⁰⁾.

Dentre as ações estratégicas com vista à integração em rede está a proposta da enfermeira de ligação. O termo enfermeira de ligação surgiu em Montreal nos anos 60, como uma extensão dos serviços hospitalares com o objetivo de reduzir do tempo de internação. Foi uma estratégia utilizada para a identificação da clientela a ser assistida/cuidada em domicílio e o estabelecimento de um sistema de ligação extra-hospitalar⁽¹¹⁾.

Especificamente, a enfermeira de ligação é a profissional indicada para estabelecer a comunicação com o usuário, identificar suas necessidades e capacidades; assegurar a colaboração de familiares após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipes da instituição hospitalar e extra-hospitalar meios de auxílio à convalescença e manutenção dos cuidados ambulatoriais e em domicílio⁽¹¹⁾.

Há, atualmente, uma necessidade de avançar nas estratégias que permitam a continuidade do cuidado e a implantação da proposta da enfermeira de ligação surge como uma forma de superar a desarticulação entre o nível de atenção básica e hospitalar em saúde. Essa pesquisa teve dois objetivos: identificar a demanda de usuários com necessidade de continuidade de cuidado após a alta hospitalar (aspectos clínicos, cuidados de enfermagem e necessidades sociais); avaliar as possibilidades de atuação de uma enfermeira de ligação no HC/UFPR (percepção do usuário, da família, impacto do acompanhamento no seu cotidiano).

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa descritiva na modalidade estudo de caso, desenvolvida no HC/UFPR, localizado na cidade de Curitiba, PR, no período de agosto de 2007 a maio de 2008.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas.

A primeira etapa teve como objetivo identificar a demanda de usuários com necessidade de continuidade de cuidado. Foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2007. Todas as unidades de internação participaram, com exceção das quatro unidades de terapia intensiva, considerando que seus usuários têm alta intra-hospitalar. Compôs a amostra um total de 20 unidades. A coleta de dados se deu pela distribuição de um formulário de alta no qual

constava a unidade de internação, iniciais do usuário, idade, dia da alta, diagnóstico principal, co-morbidades e descrição dos cuidados que justificava, de acordo com as enfermeiras da unidade, o acompanhamento pela unidade de saúde, levando em consideração os aspectos clínicos, cuidados de enfermagem e necessidades sociais. Os formulários foram distribuídos no início de agosto e recolhidos aqueles preenchidos, todas as semanas, durante dois meses, pelos pesquisadores.

A segunda etapa teve como objetivo avaliar uma possível atuação da enfermeira de ligação no monitoramento de altas em um determinado setor. Foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2008. Foi escolhida aleatoriamente uma unidade de internação e foram selecionados 10 usuários, caracterizados como uma amostra intencional, cujos critérios de inclusão foram: estar internado nesta unidade, ser morador de Curitiba e possuir uma ou mais co-morbidades que precisasse de acompanhamento/orientação após a alta hospitalar, justificando a necessidade de continuidade do cuidado de enfermagem pela rede de atenção à saúde e a assinatura do termo de consentimento pelos usuários. A identificação dos sujeitos da pesquisa só era conhecida pelos pesquisadores e foi utilizada apenas para o acompanhamento pós-alta.

No momento da alta foi verificada a área de abrangência e a respectiva Unidade de Saúde (US) a que eles estavam vinculados na rede SUS/Curitiba. O encaminhamento de alta ocorreu por meio de contato, via telefone, com a autoridade sanitária local ou enfermeira da Unidade de Saúde. No contato era informado o diagnóstico e as condições bem como os motivos que justificavam a continuidade de cuidado de enfermagem no tratamento. As orientações de alta para os usuários e para a família foram dadas no hospital pelos pesquisadores.

Ainda nesta fase, um mês após a alta, os usuários foram visitados pelos pesquisadores e foi realizada entrevista com roteiro semi-estruturado, abrangendo as seguintes questões: percepção do usuário quanto às orientações de alta, percepção da família em relação a essas orientações, ocorrência de visitas e qual ou quais eram os profissionais da US que a realizaram e qual o impacto que estas informações tiveram no seu cotidiano.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HC/UFPR sob no 1389.053/2007-03 e atendeu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada a análise temática⁽¹²⁾ como modalidade técnica para analisar os dados coletados, o que permitiu identificar as seguintes categorias, correspondentes à primeira e à segunda etapa do estudo, respectivamente: demanda de usuários com necessidade de continuidade de cuidado e avaliação das possibilidades de atuação da enfermeira de ligação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeira etapa: Demanda de usuários com necessidade de continuidade de cuidado

Os enfermeiros selecionaram os usuários cujos problemas clínicos, de enfermagem ou sociais exigiam a continuidade de acompanhamento pelas US da rede de atenção.

Ressalta-se que entre agosto e setembro de 2007, período da coleta de dados, o hospital apresentou baixo índice de internações, com uma média de 350 usuários/dia, devido à greve dos servidores,

o que prejudicou, mas não invalidou, a coleta de dados. Com relação aos resultados da primeira etapa foram identificados 35 casos que teriam indicação de acompanhamento pós alta, sendo 11 de crianças e 24 de adultos. Deve-se considerar que essa amostra foi composta por 11 crianças com idade entre 1 a 14 anos, 12 adultos com idade entre 18 e 60 anos e 12 adultos com mais de 60 anos.

Em uma revisão integrativa⁽¹³⁾ foram apontadas as contradições de vários estudos sobre as influências das características sociais dos usuários e cuidadores e suas relações com as necessidades de informação e acompanhamento após a alta hospitalar. Foram indentificadas as mulheres, idosos, solitários e usuários com baixo nível educacional com os sujeitos com maior número de necessidades de informação na alta, assim como outros resultados que mostraram não haver associação entre idade, gênero e nível educacional.

O perfil de necessidade de acompanhamento se mostrou diferente também nesta pesquisa. No caso das crianças, as enfermeiras apontaram mais cuidados de enfermagem e problemas sociais que problemas clínicos para justificar o acompanhamento pós alta. Nos cuidados de enfermagem, ressaltam-se os cuidados com sondas, traqueostomia, gastrostomia, curativos e acompanhamento de crescimento e desenvolvimento. Nos aspectos sociais, a atenção foi com as condições de higiene, dificuldades das mães (emocional, alcoolismo e drogadição) em cuidar das crianças, maus tratos e condições financeiras das famílias (algumas sob a guarda do Conselho Tutelar).

O perfil de necessidades dos adultos apontou alguns problemas clínicos como hipertensão, diabetes, anorexia, HIV e problemas hematológicos. Com relação aos cuidados, os mais comuns foram os cuidados com sondas e drenos, dietas, traqueostomia, jejunostomia, controle de peso e de glicemia, alimentação e medicação, sobretudo com os idosos. Na questão social, aparentemente os problemas relatados diziam respeito mais aos aspectos de suporte familiar para o cuidado em domicílio.

As clínicas que mais notificaram foram a Cirurgia Pediátrica e a Pediatria Clínica e, no caso dos adultos, praticamente todas as clínicas notificaram. Os resultados parciais demonstraram que há uma demanda de usuários que precisam ser acompanhados pelas US da rede básica e que a enfermeira de ligação pode identificar estes usuários e referenciá-los, para que seja possível a continuidade dos cuidados prestados no hospital, evitando primeiramente que esses retornem ao hospital ou procurem os serviços de emergência ao aprender a manejar sua condição de saúde.

Considerou-se baixo o número de altas que necessitavam de acompanhamento extra hospitalar, mesmo sem parâmetros para comparação. Atribuímos esse fato às prováveis dificuldades das enfermeiras na identificação dos usuários com necessidade de acompanhamento. Nesse sentido, isso pode ser mais um argumento a favor da criação da categoria enfermeira de ligação, para que seja possível desenvolver, ao longo do tempo, *expertise* para identificar e intervir em usuários claramente ou com potencial para serem acompanhados em domicílio.

Segunda etapa: avaliação das possibilidades de atuação da enfermeira de ligação

Em relação ao perfil dos 10 usuários entrevistados após a alta hospitalar, metade era do sexo masculino e a metade do sexo feminino. Quanto à idade, a faixa etária variou de 31 a 67 anos.

Os usuários haviam sido encaminhados para internamento, principalmente dos Centros Municipais de Urgência Médica (CMUM) vinculados ao hospital. O período mínimo de internação foi de 4 dias e o máximo foi 18 dias, com uma média de permanência hospitalar de 10 dias. Para as justificativas clínicas ou médicas foi utilizado o diagnóstico de internamento e os resultados demonstraram uma variedade de patologias, incluindo câncer e doenças do aparelho gastrointestinal, principalmente. O que chamou a atenção foram as co-morbidades associadas: hipertensão arterial, *diabetes melitus* e obesidade. Dos 10 usuários, oito apresentavam hipertensão arterial, seis *diabetes melitus* e três obesidade.

As doenças cardiovasculares e as neoplasias são as causas de morte predominantes, correspondendo 51% dos óbitos na faixa etária de 60 anos ou mais⁽¹⁴⁾. Já a hipertensão arterial com 44% e artrite com 38% são as doenças mais frequentemente auto-referidas. Com o envelhecimento populacional ocorre um aumento da carga das doenças crônicas de incapacidades na população e um aumento correspondente de uso de serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

Quanto aos aspectos de cuidados de enfermagem que justificaram um acompanhamento destacam-se: curativos, troca de bolsa de colostomia, monitoramento de pressão arterial (PA) e controle de glicemia. Não houve, nesta amostra, nenhum usuário que necessitasse de acompanhamento por motivo social.

Com relação aos resultados da entrevista, observou-se que a maioria, nove usuários foram visitados pela equipe da US, por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS).

Todos os usuários entrevistados relataram que se sentiram mais seguros e amparados, com as orientações recebidas, demonstrando o estabelecimento de vínculos entre a equipe de enfermagem, o usuário e a família. Foi possível apreender nos discursos, que a acolhida pela US fez diferença para os usuários e seus familiares, como se pode observar na seguinte fala:

"... a idéia de ligação entre o hospital e a unidade de saúde é necessária, é muito importante, facilita a vida dos pacientes, para mim ajudou quando fui ao posto de saúde, procurei a enfermeira, ela já sabia do meu problema, ela tinha anotado que você havia entrado em contato com ela. Na anotação estava meu nome, a cirurgia que eu havia feito, isto é importante". (S7)

O encaminhamento é um instrumento que garante ao usuário após a alta hospitalar à assistência a saúde na atenção primária. O cuidado, entendido como dimensão da integralidade, deve permear as práticas de saúde e não pode restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois inclui o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos⁽¹⁵⁾.

Quanto à opinião do usuário, sobre como deveria ser o acompanhamento após a alta hospitalar, os resultados mostraram que o acompanhamento pós-alta é uma necessidade relatada por todos. Nesse sentido, os usuários expressaram que se sentem mais confortáveis em casa, mas menos seguros, por isto a importância de haver um suporte em caso de insegurança, como se pode identificar na seguinte fala:

"É importante a gente não ficar muito tempo no hospital, porque

senão os hospitais não dão conta de tantos doentes, mas em casa tem que ter alguém que olhe pra gente, justamente para não precisarmos ir para o hospital sempre". (S6)

Este processo inicia com as orientações na alta hospitalar e a satisfação aumenta quando são empregadas estratégias educativas que levam em consideração a condição de saúde, aliadas à comunicação participativa, que permite a expressão das dúvidas e dificuldades do usuário e cuidador⁽¹³⁾.

A percepção da família em relação às orientações recebidas na alta hospitalar, tal como referem a seguir, dão mais segurança ao cuidador, porque foi informado, ainda no hospital, de como o usuário deverá ser cuidado em seu domicílio, com isso diminuirá o fator de ansiedade e stress. A família se sentiu inserida no processo de recuperação do usuário.

"A família de uma forma geral estava aguardando a alta, minha mãe teve que mudar um pouco o cardápio para poder atender as minhas necessidades, as orientações ajudaram bastante, sem elas eu tenho certeza de que faria muitas coisas erradas que prejudicariam a minha recuperação". (S8)

As ações que envolvem a alta hospitalar devem ser programadas de acordo com as necessidades de cada usuário. Quanto mais elas se adequarem às necessidades do usuário e seus familiares mais contribuem para minimizar ou melhorar as condições de vida e ou prevenir complicações e/ou comorbidades e evitar re-internações.

Diante da complexidade dos problemas relacionados ao processo saúde-doença, os profissionais de saúde frequentemente sentem-se impotentes para "curar" o adoecimento e sofrimento da população. No entanto, a atitude de cuidar do outro, incluindo a compaixão, a solidariedade e o apoio mútuo, pode contribuir para aliviar o impacto do adoecimento e sofrimento, ajudando sujeitos a construir novas perspectivas para enfrentar seus problemas cotidianos⁽¹⁵⁾.

Ações da enfermeira de ligação em hospital universitário

Sugere-se que no hospital universitário haja uma enfermeira de ligação pela manhã e outra à tarde. Propõe-se, ainda, que a enfermeira de ligação seja acionada quando for identificado, pelas unidades de internação do HC/UFPB, o usuário cujo problema clínico, de cuidados de enfermagem ou social exigirem um acompanhamento pela Unidade de Saúde na qual o usuário está vinculado. Neste caso, a enfermeira de ligação atuará de acordo com os protocolos a serem construídos em conjunto com a SMS, acionando o Distrito Sanitário a qual pertence o usuário para monitoramento. Monitorar significa disponibilizar aos usuários os equipamentos sociais e de apoio já disponíveis na rede de atenção à saúde, a fim de estabelecer vínculos efetivos usuário-US-hospital de forma a co-responsabilizar todos os atores implicados nas condições de saúde-doença.

Espera-se que, a princípio, essa nova função ocasione demanda maior de serviços e de conhecimentos para a rede básica de atenção à saúde, porém uma vez que os protocolos de continuidade sejam construídos e que haja estabilização clínica e de cuidados, estima-se acomodação da demanda e até redução nos internamentos de usuários crônicos e na procura destes por unidades de urgência/emergência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos com esse estudo apontam elementos significativos para afirmar que a implantação da função/cargo de enfermeira de ligação é um importante passo para consolidar a integração do HC/UFPR à rede e colaborar para a integralidade da atenção à saúde. No entanto, serão necessários outros estudos para avaliar o impacto na diminuição dos custos com internação de portadores de doenças crônicas.

Como benefícios, podemos elencar: a garantia de continuidade do tratamento no âmbito ambulatorial/domiciliar pela elaboração de um planejamento centrado nas necessidades dos usuários; a atuação sobre o estado de saúde dos indivíduos que saem de alta do hospital, prevenindo o agravamento de sua capacidade funcional e evitando a re-hospitalização; o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no âmbito hospitalar; monitoramento do estado de saúde do usuário permitindo maior aderência e coresponsabilização ao tratamento.

Uma possibilidade diferente de inserção da enfermeira de ligação

está relacionada à construção e utilização de um banco de dados das necessidades de cuidados identificadas e de seu mapeamento nos vários territórios-processo. A melhoria do fluxo de informações pode contribuir para sustentar o diagnóstico e o planejamento de ações de saúde voltadas às dimensões individuais e coletivas que envolvem o cuidado integral à saúde, articulando os diversos níveis de atenção à saúde.

Outro benefício, não menos importante, está relacionado à troca de "saberes" do profissional de saúde que trabalha no hospital e daquele que trabalha em outras unidades da rede SUS/Curitiba. Essa transferência de conhecimentos, além de ser uma linha de comunicação integrativa, ajudaria na consolidação de saberes construídos na colaboração cotidiana de diferentes profissionais, protagonistas de um mesmo projeto coletivo.

A implantação da enfermeira de ligação oferece destaque ao cuidado e visibilidade institucional às enfermeiras. Ao menos que este seja um ponto politicamente indesejável pelas organizações profissionais hegemônicas, a proposta é passível de ser implementada.

REFERÊNCIAS

1. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (supl 2): 331-6.
2. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. *Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre*. *Ruptures* 2001; 8(2): 38-52.
3. Senado Federal (BR). *Constituição da República Federativa do Brasil*: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicação; 1988.
4. Martini JG. Mas, do que é mesmo que estamos falando quando abordamos a integralidade? *Rev Bras Enferm* 2008; 61(3): 285.
5. Feldman LB, Ruthes R, Cunha ICKO. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2008; 61(2): 239-42.
6. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p.197-210.
7. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 335-42.
8. Demers L, Saint-Pierre M, Tourigny A, Bonin L, Bergeron P, Rancourt P, Dieleman L, Trahan L, Caris P, Barrète H, Hébert H, Lavoie J. Le rôle des acteurs locaux, régionaux ministériels dans l'intégration des servi aux aînés en perte d'autonomie. *Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé*. [cited 2008 nov 20]. Available from: http://www.chrsf.ca/final_research/ogc/pdf/demers_final.pdf
9. Mendes EV. Os Sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
10. Prefeitura Municipal de Curitiba (PR). Convênio 15545 entre o município de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná através do hospital de Clínicas. Integra o hospital na rede regionalizada e hierarquizada dos estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba; 2004.
11. Poulin G. L'ê Regroupement inter-organismes pour une politique familiare au Québec. [cited 2006 dec 12]. Available from: <http://www.familis.org/riopfq/publication/pensons64/poulin.html>
12. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
13. Ganzella M, Zago MMF. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(2): 351-5.
14. Lima MFLC, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílio. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 745-57.
15. Pinheiro R, Mattos RA. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004.