

Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar

Rosé Colom Toldrá^a , Lorena Rodrigues Ramos^b , Maria Helena Morgani de Almeida^a 

^aDepartamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, SP, Brasil.

^bUnidade Básica de Saúde Humaitá, Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

Resumo: Introdução: O Sistema Único de Saúde considera o cuidado hospitalar como importante eixo para a construção da integralidade. Os residentes do Programa de Residência Multiprofissional, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, identificaram dificuldades da equipe médica e de enfermagem em detectar demandas em reabilitação na alta hospitalar, levando residentes a criarem um grupo de apoio à alta. Objetivo: Verificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários acompanhados pelo grupo de apoio, identificar os desafios para inserção dos usuários na rede de serviços de reabilitação e as estratégias do grupo de apoio para enfrentamento desses desafios. Método: Estudo retrospectivo, exploratório e descritivo, baseado em análise documental. Resultados: Foram analisados formulários de 251 usuários, 83 (33%) receberam encaminhamento para reabilitação por ocasião na alta hospitalar e 17 (6,7%), a partir das orientações do grupo de apoio à alta; 95 (37,8%) procuraram serviços de reabilitação. Desses, 60 foram efetivamente inseridos em serviços, sendo 46 (18,3%) extra-hospitalares, como centros de reabilitação e unidades básicas de saúde, e 14 (5,6%) no Programa de Atendimento Domiciliar do hospital. Quanto às áreas profissionais, 34 (13,5%) iniciaram tratamento fisioterápico, 29 (11,6%), fonoaudiológico e 11 (4,9%), terapêutico-ocupacional. Identificaram-se insuficiência de encaminhamentos profissionais e dificuldades dos usuários quanto ao acesso e continuidade de atenção. Conclusão: O grupo de apoio tem reforçado encaminhamentos prescritos ou sua obtenção em consultas médicas na rede, acolhido demandas por área profissional, orientado usuários para acessar serviços e inserir-se em tratamentos. Os usuários valorizaram a escuta e o acolhimento do grupo de apoio, no qual se configuraram estratégias para promoção do cuidado integral em saúde.

Palavras-chave: *Alta do Paciente, Assistência Integral à Saúde, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Reabilitação.*

In search of network attention: contributions of a multiprofessional residency program in the hospital context

Abstract: Introduction: The Unified Health System considers that hospital care is important for the construction of integrality. Residents of the multiprofessional residency program of the School Hospital of the Universidade de São Paulo, difficulties of the medical and nursing staff were identified to detecting demands for rehabilitation at hospital discharge, which encouraged residents to create a support group to hospital discharge. Objective: To verify the sociodemographic and health profile of users accompanied by the support group, identify challenges for insertion of these users in the rehabilitation care network and identify strategies of the support group to face these challenges. Method: Retrospective, exploratory and descriptive study, based on the documentary analysis. Results: We analyzed forms of 251 users, 83 (33%) received a referral for rehabilitation at discharge and 17 (6.7%) received

Autora para correspondência: Rosé Colom Toldrá, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária, CEP 05360-000, São Paulo, SP, Brasil, e-mail: rosetoldra@usp.br

Recebido em Fev. 28, 2018; 1ª Revisão em Out. 04, 2018; 2ª Revisão em Fev. 6, 2019; Aceito em Abr. 10, 2019.



referral after guidelines of the discharge support group; 95 (37.8%) sought rehabilitation services. Of these, 60 were effectively included in the services, of which 46 (18.3%) were extra-hospital, such as rehabilitation centers, basic health units and 14 (5.6%) in the Hospital Home Care Program. Concerning professional areas, 34 (13.5%) started physical therapy treatment, 29 (11.6%), speech therapy and 11 (4.9%), therapeutic-occupational. It was identified insufficiency of professional referrals and difficulties of users regarding access and continuity of care. To cope with challenges, the support group has reinforced prescribed referrals or directed obtaining referrals in medical consultations on the network. Conclusion: The group has tried to understand user demands by professional area, oriented users to access services and to get treatments. The users have valued the receptiveness of the support group, being a strategy to promote integral health care.

Keywords: *Patient Discharge, Comprehensive Health Care, Speech, Language and Hearing Sciences, Physical Therapy, Occupational Therapy, Rehabilitation.*

1 Introdução

Desde a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), tem se buscado garantir estruturação e funcionamento dos serviços orientados pela integralidade da assistência, o que implica em um conjunto articulado de ações em diferentes níveis de complexidade, conforme as demandas do usuário (BRASIL, 1990). Além disso, os serviços devem propiciar condições de acesso e serem resolutivos em relação aos problemas e aos riscos que afetam a qualidade de vida da população (BRASIL, 2009), desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação de acordo com o processo de saúde-doença (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

O cuidado hospitalar é considerado como importante eixo para a construção da integralidade, sendo necessário buscá-la no hospital e a partir do hospital (CECILIO; MERHY, 2003). Na construção da integralidade a partir do hospital, busca-se oferecer o cuidado em uma rede ampla de serviços (CECILIO; MERHY, 2003) com superação da fragmentação de saberes e práticas. Nessa perspectiva, a rede de serviços é caracterizada como um circuito, no qual o hospital é considerado um componente fundamental para que seja assegurada ao usuário a atenção integral (CECILIO; MERHY, 2003).

Entretanto, sabe-se que há falhas na articulação entre a atenção hospitalar e básica decorrentes de fatores como fragmentação do cuidado especialmente no âmbito hospitalar, focado na especialidade (PEREIRA et al., 2014) e insuficiência de serviços de reabilitação (TOLDRÁ; SOUTO, 2013; RODES et al., 2017), o que compromete o cuidado em rede (BRASIL, 2012a; VAN STRALEN et al., 2008).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde são políticas públicas indutoras de educação no trabalho e pelo trabalho no SUS que, por meio do ensino-serviço-comunidade, visam capacitar trabalhadores para o oferecimento da atenção

integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012b). Destaca-se a importância da inserção da terapia ocupacional em programas de formação dessa natureza, haja vista que, além da oportunidade de capacitação, possibilita o reconhecimento da contribuição da terapia ocupacional no serviço e para o trabalho em equipe.

Nesse contexto, o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP) desde 2012 recebe profissionais no Programa de Residência Multiprofissional em Promoção à Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar - Área de concentração Adulto e Idoso em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (Programa de RMP), constituindo-se, assim, como campo de formação prática de estudantes de graduação e pós-graduação de diferentes áreas.

No HUUSP, especificamente no âmbito da enfermagem de clínica médica (ECM) na alta hospitalar de adultos e idosos internados, os residentes do Programa de RMP têm se deparado com dificuldade de interação e comunicação por parte da equipe médica e de enfermagem. Ademais, essas equipes têm dificuldades para identificar necessidades dos usuários de reabilitação nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Assim, ainda que a ECM receba estudantes e residentes de diferentes áreas profissionais, a alta nesse serviço não tem contado com a participação dos profissionais de reabilitação, exceto quando a equipe médica e de enfermagem a solicita.

Com o objetivo de contribuir para encaminhamento e inserção de usuários na rede de serviços de reabilitação, a partir da alta hospitalar, foi desenvolvido, em 2013, no âmbito do Programa de RMP, o “Grupo de Apoio a Alta Multi Assistencial” (GAAMA), constituído por residentes das três áreas profissionais com tutoria de docente do Programa. O GAAMA se apoia na afirmação de que a produção e compartilhamento dos saberes no cotidiano hospitalar e a corresponsabilização pelo cuidado podem transformar a ação dos profissionais em um trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

O GAAMA propõe-se a favorecer mecanismos de referência e contra referência, ou seja, encaminhamentos para serviços de maior e menor complexidade, respectivamente, por meio de acompanhamento telefônico de usuários após alta hospitalar, por um ano, em períodos pré-definidos. Assim, o GAAMA busca promover a atenção integral a usuários com demandas para reabilitação.

O presente estudo teve como objetivos: verificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários acompanhados pelo GAAMA, identificar possíveis desafios para inserção desses usuários na rede de serviços de reabilitação e estratégias utilizadas por residentes do GAAMA, das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional para seu enfrentamento.

2 Método

Trata-se de estudo retrospectivo, de caráter exploratório e descritivo, com base em análise documental, especificamente, por formulários de acompanhamento de usuários pelo GAAMA desenvolvido no HUUSP. A pesquisa documental se caracteriza pelo uso de materiais que não receberam um tratamento analítico (GIL, 2008), dentre esses materiais incluem-se registros em formulários eletrônicos, prontuários e outros documentos.

Estes formulários foram elaborados pelos residentes com base na Portaria que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS (BRASIL, 2012a) e nos princípios e estratégias descritos no documento Cadernos Humaniza SUS (BRASIL, 2011) no que se refere ao trabalho multidisciplinar, acolhimento e humanização da atenção e a contribuição do hospital para a atenção em rede.

Foram contatados por telefone os usuários com demanda em reabilitação, atendidos pelos residentes na ECM, e solicitado a eles que informassem sobre encaminhamentos para reabilitação recebidos no momento da alta e sobre possível inserção em serviços de reabilitação. Aqueles que ainda não se encontravam em atendimento foram convidados a se manterem em acompanhamento telefônico para serem auxiliados nesse processo. Assim a coleta de dados ocorreu a partir do preenchimento de formulário de acompanhamento, realizado por meio de contato telefônico, durante um ano após a alta hospitalar, em períodos pré-definidos de 15 dias, 45 dias, 3 meses, 6 meses e 1 ano. No caso de 3 tentativas de contato não exitosas, durante 3 semanas, determinou-se desligamento do usuário do grupo de apoio, sendo esse registrado no formulário. Para o presente estudo

documental foram selecionados formulários de todos os usuários acompanhados pelo GAAMA entre dezembro de 2013 e junho de 2017.

Constam dos formulários, informações extraídas do resumo de alta hospitalar referentes a dados: sociodemográficos (idade e sexo), de saúde (diagnóstico – CID10), tempo de internação (dias), condições e procedimentos relativos à alta hospitalar, unidade básica de referência. Salienta-se que no resumo de alta não constam dados acerca do encaminhamento médico para a reabilitação, provavelmente porque na formação médica essas informações não são consideradas pertinentes e relevantes para sua atuação no hospital.

Foram ainda registradas, por meio do acompanhamento telefônico, informações sobre a inserção ou não de usuário na rede de serviços de reabilitação, dificuldades relacionadas a esta inserção e, orientações prestadas frente a estas dificuldades. Assim, buscou-se assegurar adequada inserção do usuário na rede por meio das seguintes ações: 1ª) obter esclarecimentos do usuário sobre possível encaminhamento médico para reabilitação, para as áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, por ocasião da alta ou fornecer orientação ao usuário para procurar UBS de referência para obtê-lo, considerando que frequentemente o encaminhamento não era realizado; 2ª) realizar levantamento acerca de demandas para a reabilitação por área profissional: para a fisioterapia foram identificados aspectos relacionados à marcha, equilíbrio, transferências posturais, fadiga, dor e dificuldades respiratórias; para terapia ocupacional foram investigadas participação e barreiras na realização das atividades de autocuidado, trabalho e lazer, a fonoaudiologia foi direcionada a indagar acerca de funções de deglutição, fala e comunicação; 3ª) identificar se houve procura do serviço para o qual foi encaminhado; 4ª) consultar se conseguiu agendamento da terapia indicada; 5ª) conferir se iniciou o tratamento e 6ª) conhecer a opinião do usuário sobre o auxílio do GAAMA, para a inserção na rede de serviços e acerca das orientações prestadas quanto às suas demandas em reabilitação. Essa ação foi direcionada especificamente para aqueles que foram inseridos em serviços de reabilitação ou que finalizaram o acompanhamento pelo GAAMA em um ano. As ações acima descritas não foram necessariamente desenvolvidas em todos os contatos telefônicos estabelecidos com o usuário, correspondendo, outrossim, ao momento específico do usuário no processo de acompanhamento pelo GAAMA. Os residentes das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional foram orientados quanto ao propósito do GAAMA e para a aplicação

do formulário durante ligação telefônica. O contato telefônico com os usuários foi realizado nos períodos acima descritos e em diferentes horários para sua viabilização.

Os dados sociodemográficos, de saúde, tempo de internação, procura e inserção nos serviços de reabilitação, foram submetidos à análise descritiva com produção de frequências absolutas e relativas. As informações sobre a experiência dos usuários e as orientações prestadas pelos residentes foram organizadas e analisadas qualitativamente,

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, através do processo nº 199/16, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 Resultados e Discussão

Foram analisados formulários preenchidos por meio de acompanhamento telefônico referente a 251 usuários atendidos pelo GAAMA no HUUSP. Desses, a maioria foram idosos distribuídos igualmente quanto ao sexo. Os diagnósticos mais frequentes foram doenças cardiovasculares e respiratórias, com destaque para o acidente vascular cerebral (AVC), conforme pode ser observado na Tabela 1.

Metade dos usuários permaneceu hospitalizada por mais de 11 dias, o que pode ser considerado com um período extenso, visto que internações com mais de 12 dias são estimadas como de longa duração (PARDO; GARCIA; CORTÉS, 2016). Observa-se, entretanto, que o período de hospitalização tem sido

cada vez menor, dado o avanço das ciências médicas e o alto custo gerado pelas internações (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008).

Nesse sentido, o tempo de internação dos usuários do estudo indica necessidade de um plano de ação, desde o início da hospitalização, visando o planejamento para alta oportuna, e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar (DELATORRE et al., 2013; BRITTON; ROSENWAX; MCNAMARA, 2015). Embora historicamente o hospital seja considerado um espaço para tratamento e cura (SILVA et al., 2011), esse serviço tem papel fundamental na produção do cuidado integral e na articulação com a rede de serviços, desde que os profissionais não se limitem a realizar a contra referência como um ato puramente burocrático no momento da alta (MALTA; MERHY, 2010).

Portanto, no processo de alta hospitalar, a referência e a contra referência são mais eficazes quando ocorrem a partir de um planejamento multiprofissional, no qual o usuário recebe informações e esclarecimentos sobre sua condição de saúde e, desse modo, torna-se mais apropriado sobre o caminho a ser percorrido na linha do cuidado. Assim, o planejamento de alta destaca-se como uma ferramenta indispensável para o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta. Esse inclui a identificação de necessidades dos usuários e de recursos para a saúde disponíveis na rede (WONG et al., 2011) e demanda um agir multiprofissional (DELATORRE et al., 2013). Em consonância, na atenção hospitalar o trabalho em equipe pressupõe o compartilhamento de saberes

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos usuários acompanhados pelo GAAMA entre dezembro de 2013 a junho de 2017.

Variável	Categorias	N (%)
Idade	< 60 anos	85 (33,86)
	≥ 60 anos	166 (66,13)
Sexo	Feminino	126 (50,19)
	Masculino	125 (49,80)
CID-10	Doenças cardiovasculares	95 (37,84)
	Doenças respiratórias	64 (25,49)
	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	21 (8,36)
	Doenças genitourinárias	17 (6,77)
	Neoplasias	15 (5,97)
	Doenças do sistema nervoso	13 (5,17)
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	9 (3,58)
	Outras doenças	17 (6,77)
Tempo de internação	1 - 5 dias	39 (15,53)
	6 - 10 dias	86 (34,26)
	11 - 20 dias	73 (29,08)
	> 20 dias	53 (21,11)

e práticas para a construção de um trabalho integral e humanizado (BRASIL, 2011).

Apesar do hospital HUUSP se caracterizar como um serviço-escola, a alta ainda é definida pela equipe médica e realizada pela equipe de enfermagem e assistência social. A falta de uma atuação compartilhada, que envolvesse as áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, fez com que muitos usuários recebessem alta hospitalar sem encaminhamento para reabilitação. Assim, dos 251 usuários acompanhados pelo GAAMA, somente 83 (33%) haviam recebido encaminhamento para tratamento de reabilitação em uma ou mais áreas profissionais. Essa situação comprometeu a natureza multiprofissional do cuidado hospitalar e a corresponsabilização entre os diferentes profissionais nos vários momentos do cuidado, conforme previsto pelo SUS (BRASIL, 2011).

A partir de orientações do GAAMA, 17 (6,7%) usuários obtiveram encaminhamentos, totalizando 100 (39,7%) usuários com encaminhamentos para reabilitação. Desses, 95 (37,8%) procuraram serviços de reabilitação. Informações de natureza qualitativa não foram sistematicamente registradas nesses formulários, sendo analisadas, portanto, somente quando disponíveis. As informações foram categorizadas conforme itens contidos no formulário e ações previstas pelo GAAMA, a saber: a) *fatores relacionados às dificuldades de acesso e inserção dos usuários aos serviços*, b) *orientações aos usuários para enfrentamento de dificuldades*, c) *apoio à inserção qualificada às demandas de reabilitação*, d) *opinião dos usuários em relação ao acompanhamento realizado*.

No tocante aos *fatores relacionados às dificuldades de acesso e de inserção dos usuários aos serviços*, foram identificados em 20 (21%) registros: 1 (1%) registro foi mencionado a distância entre residência e serviço; 1 (1%) foi referido indisponibilidade de transporte gratuito fornecido pelo município; 2 (2,1%) indicaram ausência de respostas dos serviços em marcar consulta; 7 (7,3%) apontaram discordância de médicos dos serviços em realizar encaminhamento para as áreas de reabilitação por considerar ausência de demanda; 2 (2,1%) mencionaram não ter procurado pelo atendimento na UBS devido a descrença em consegui-lo e/ou falta de profissionais para atendê-lo; 3 (3,1%) referiram greve do serviço, 3 (3,1%) apontaram falta de solicitação pelo usuário de encaminhamento na consulta médica e 2 (2,1%) colocaram que o encaminhamento hospitalar não foi reconhecido pelo serviço.

Considera-se ainda que os usuários da Zona Oeste da cidade de São Paulo possam apresentar dificuldades de acesso aos serviços de saúde e reabilitação devido

à carência de atendimento no âmbito da reabilitação na região (TOLDRÁ; SOUTO, 2013; RODES et al., 2017), o que compromete o cuidado em rede (BRASIL, 2012a; VAN STRALEN et al., 2008).

Todavia aponta-se que o processo de utilização dos serviços de saúde vai além da organização da oferta, estendendo-se a fatores relacionados aos usuários e sua rede de apoio, como: necessidades de saúde (morbidade e gravidade da doença), idade, sexo, renda, educação, região de moradia (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) e organização familiar, econômica e laboral (TOLDRÁ; PEREZ; MATTA, 2000). Em consonância, foi registrado não comparecimento de 13 (13,6%) usuários, o que decorreu de: limitações funcionais para locomoção, mencionadas em 2 (2,1%) registros; falta de acompanhante, indicada em 2 registros (2,1%); restrição de recursos financeiros, presente em 2 (2,1%) registros; 3 (3,1%) apontavam não comparecimento à consulta médica agendada e, percepção da ausência de demanda em reabilitação pela melhora da própria condição funcional, mencionada em 4 (4,2%) registros.

As *orientações aos usuários para enfrentamento de dificuldades* referiram-se a: identificação e formas de acesso a UBS de referência e/ou a outros serviços pertinentes, tanto dentro quanto fora do território; procedimentos requeridos para agendamento do serviço de transporte do município; solicitação de encaminhamento para reabilitação por ocasião da consulta médica na rede. Usuários também foram apoiados e orientados a procurar a ouvidoria do hospital para que essa intercedesse a favor do usuário junto ao serviço pelo reconhecimento do encaminhamento realizado por ocasião da alta.

No que se refere aos usuários que obtiveram encaminhamento para reabilitação na alta ou em consulta médica realizada na rede, o GAAMA levantou demandas nas áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, buscando compreender e acolher necessidades específicas de modo fornecer *apoio à inserção qualificada às demandas de reabilitação*.

Conforme Figura 1, dos 95 (37,8%) usuários que de fato procuraram os serviços, 46 (18,3%) foram inseridos em serviço de reabilitação extra-hospitalares e 14 (5,6%) no Programa de Atendimento Domiciliar do próprio HUUSP. Assim, 60 usuários foram efetivamente inseridos em serviços, sendo que 34 (13,5%) iniciaram atendimento de fisioterapia, 29 (11,6%) em fonoaudiologia e 11 (4,9%) em terapia ocupacional. Usuários que possuíam encaminhamento para duas ou três áreas profissionais, nem sempre conseguiam atendimento para todas, devido à falta de vaga ou falta de profissionais nos serviços.

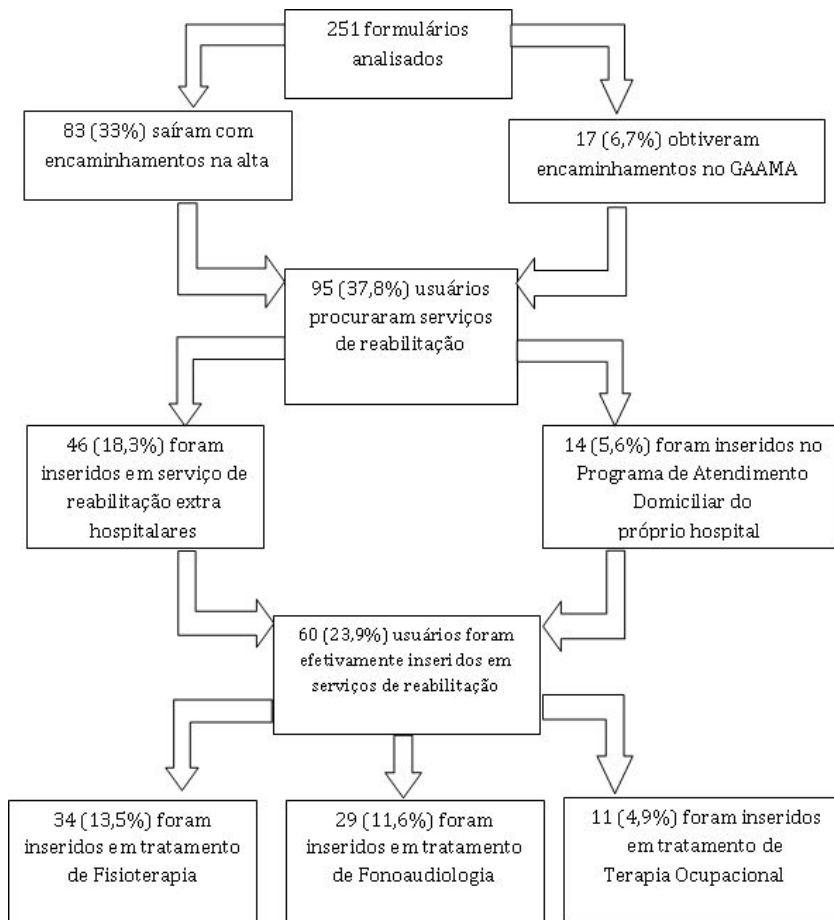


Figura 1. Encaminhamento e inserção de usuários acompanhados pelo GAAMA na rede de serviços de reabilitação entre dezembro de 2013 a junho de 2017.

Os serviços vinculados à universidade foram os que mais receberam os usuários, seguidos por Unidades Básicas de Saúde, Centros Especializados de Reabilitação, serviços vinculados a outros hospitais e à rede privada.

Nas áreas de fonoaudiologia e terapia ocupacional os serviços universitários foram os que absorveram a maior parte dos usuários, enquanto que, a atenção em fisioterapia foi prestada mais frequentemente por Unidades Básicas de Saúde. Tal realidade corresponde às diferenças em relação ao número de profissionais contratados nos serviços da rede na região, sendo maior a contratação de profissionais na área de fisioterapia e menor para a área de terapia ocupacional (RODES et al., 2017).

No que se refere à opinião dos usuários sobre o acompanhamento realizado pelo GAAMA, dos 15 (15,8%) que responderam, 14 (14,7%) reconheceram terem sido ouvidos e orientados quanto às suas demandas em reabilitação. Apenas

um usuário (1%) não identificou benefício no acompanhamento realizado.

A partir desses registros, pode-se compreender o acompanhamento oferecido pelo GAAMA como acolhimento. Segundo Guerrero et al. (2013), esse pode ser dar por meio de escuta seguida de orientação, configurando-se como estratégico para qualificação da assistência à saúde. Em consonância, Pimentel e Coelho Junior (2009), referem que o acolhimento se configura na escuta ativa e empática, podendo trazer como consequência modificações na experiência dos sujeitos. Acrescenta-se que o acolhimento, expresso no “estar com” e “estar perto de” é uma das diretrizes de maior importância para o SUS (BRASIL, 2010).

Estudo por meio de entrevistas com trinta e três usuários de duas unidades básicas de saúde de Porto Alegre mostrou que apesar dos mesmos identificarem problemas relacionados ao acesso, a escuta ativa e a resolutividade das ações foram mencionadas como alguns dos fatores responsáveis pela satisfação das demandas dos usuários (LIMA et al., 2007).

Dos 251 formulários analisados, as orientações do GAAMA não foram prestadas a 61 (24,3%) usuários em decorrência de impossibilidade de contato telefônico, ao longo do acompanhamento, 58 (23,1%) deixaram de referir demandas para a reabilitação, 23 (9,2%) foram a óbito e 18 (7,2%) foram desligados após um ano, como estabelecido pelo programa. O desligamento do GAAMA ocorreu também devido a outros motivos, conforme identificados em 31 (12,6%) formulários, tais como: internação em instituição de longa permanência (ILP), registrado em 5 (2%) formulários; reinternação hospitalar, mencionada em 9 (3,6%) registros, mudança de residência para outro estado, presente em 4 (1,6%) formulários, estar em situação de rua, identificada em 2 (0,8%) e falta de disponibilidade para participar do GAAMA ou falta de interesse do usuário em fazer reabilitação, registrada em 11 (4,4%) formulários.

Acredita-se que o insucesso no contato telefônico poderia ter sido amenizado se a conferência do número ocorresse no processo de alta hospitalar. Já a ausência de percepção de demanda pode relacionar-se, de fato, a provável melhora do estado geral e da funcionalidade de alguns usuários após a alta hospitalar. Conforme Mafra (2012), a melhora progressiva da qualidade de vida e funcionalidade de 75 pacientes hospitalizados submetidos à ventilação mecânica durante a internação foi aferida por meio telefônico, com aplicação de questionários padronizados em 30, 90 e 180 dias após a alta hospitalar. Assim, ausência de demanda para reabilitação pode se relacionar a melhor autopercepção de saúde que envolve percepção da capacidade de realizar determinadas tarefas, *status* funcional e de saúde (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Os resultados obtidos por meio da análise dos registros nos permitem afirmar que a inserção de usuários na rede de reabilitação foi parcial. Com o propósito de ampliar a identificação de demandas e favorecer sua atenção em rede, as ações do GAAMA, realizadas a partir da alta hospitalar, devem ser complementadas por outras a serem empreendidas ainda durante o período de internação. Nessa perspectiva, os residentes que atuam no GAAMA tem buscado sensibilizar os profissionais, por meio de conversa informal e troca de informações durante a rotina hospitalar, para atuação em equipe na atenção aos usuários com demandas em reabilitação e para encaminhamentos à rede de serviços no momento da alta hospitalar. O GAAMA tem, ainda, potencializado o processo de referência e contra referência a partir do hospital, com compartilhamento sobre a dinâmica do funcionamento dos serviços ou mesmo com estabelecimento de contato direto com Unidades

Básicas de Saúde, Centro Especializado de Reabilitação e serviços de transporte adaptado. Assim, o GAAMA e no sentido mais amplo o Programa de RMP, enquanto proposta de educação interprofissional, tem oportunizado interações e intervenções conjuntas das diferentes áreas profissionais. Essas se configuram práticas colaborativas (FRENK et al., 2010) e possibilidades de construção de uma atuação mais coletiva (PEDUZZI et al., 2013).

4 Conclusão

A análise dos registros referentes ao acompanhamento de usuários pelo GAAMA permitiu identificar desafios para inserção dos usuários e reunir estratégias adotadas para seu enfrentamento. Os registros indicaram lacunas importantes nos processos de encaminhamento de usuários para rede de serviços que se estenderam da insuficiência dos encaminhamentos pelos profissionais do hospital às dificuldades dos usuários no que se referem ao acesso e continuidade de atenção pela rede. Como estratégias para contornar essas dificuldades, o GAAMA tem reforçado encaminhamentos prescritos, orientado obtenção de encaminhamentos em consulta a médicos nos serviços da rede, acolhido usuários em suas demandas específicas de reabilitação, orientado usuários quanto aos procedimentos para acessar os serviços e favorecido inserção desses aos tratamentos indicados.

A escuta qualificada e as orientações prestadas de modo integrado por residentes das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional que compõem o GAAMA tem sido reconhecidas e valorizadas pelos usuários. Assim, considera-se o GAAMA relevante para o acolhimento, à promoção do cuidado integral em saúde de usuários com demanda em reabilitação no âmbito da região e para ampliação e consolidação da rede de cuidados a esses usuários a partir do hospital.

Como limitações do estudo, aponta-se que foram observadas falhas no registro de informações de natureza qualitativa, dificultando análise da totalidade dos aspectos envolvidos na experiência dos usuários em seu processo de acompanhamento pelo GAAMA. Essas falhas foram identificadas em supervisões do trabalho do GAAMA e a qualidade dos registros vem sendo aprimorada. Novos estudos poderiam dar continuidade análise dos registros, o que possibilitaria a ampliação e aprofundamento da investigação acerca de fatores facilitadores e dificultadores nos processos de inserção dos usuários nos serviços e formas de aprimoramento do GAAMA.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio recebido pela Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. *SUS 20 anos*. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/sus20anosfinal.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 26 maio 2016.

BRASIL. *Atenção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-3-Atenc%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-1.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2012a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau legis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 abr. 2012b. Disponível em: <<https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRITTON, L.; ROSENWAX, L.; MCNAMARA, B. Occupational therapy practice in acute physical hospital settings: evidence from a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, Sidney, v. 63, n. 6, p. 370-377, 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO, K. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 197-210.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 7, p. 7151-7159, 2013. Número Especial.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, 2013.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

MAFRA, J. M. S. *Avaliação da qualidade de vida e funcionalidade do paciente crítico após a alta hospitalar*. 2012. 107 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

PARDO, P. L.; GARCÍA, A. S.; CORTÉS, J. J. B. Influencia de la duración de la estancia hospitalaria sobre la mortalidad tras el alta en pacientes mayores con patología médica aguda. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 30, n. 5, p. 375-378, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 165-176, 2014.

PIMENTEL, P. K.; COELHO JUNIOR, N. Some notes about the use of empathy in borderline cases and situations. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 301-314, 2009.

RODES, C. H. et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 74-82, 2017.

SILVA, M. A. M. et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596-599, 2011.

SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para alta hospitalar do recém-nascido de risco em uma unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 2, n. 2, p. 146-154, 2008.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, 2008.

TOLDRÁ, R. C.; PÉREZ, M. A. G.; MATTA, M. A. P. Caracterização da assistência aos portadores de deficiência física nos serviços públicos de saúde em Campinas. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 8, n. 1, p. 13-37, 2000.

TOLDRÁ, R. C.; SOUTO, A. C. F. Atenção ambulatorial de média complexidade em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência física no âmbito da Terapia Ocupacional: reflexões a partir da prática. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 299-306, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008. Suplemento 1.

WONG, E. L. Y. et al. Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professional. *BMC Health Services Research*, Hong Kong, v. 11, n. 1, p. 1-10, 2011.

Contribuição dos Autores

Rosé Colom Toldrá: concepção e condução do estudo, análise de dados, redação e revisão final do texto. Lorena Rodrigues Ramos: condução do estudo, coleta e análise de dados e redação do texto. Maria Helena Morgani de Almeida: análise de dados, redação e revisão final do texto. Todas as autoras aprovaram a versão final do artigo.