







ACESSO VERSUS CONTINUIDADE DO CUIDADO NOS SERVIÇOS DA REDE DE SAÚDE: VIVENCIANDO POSSIBILIDADES E CONTRADIÇÕES

Fernanda Catafesta Utzumi¹ 
Elizabeth Bernardino¹ 
Maria Ribeiro Lacerda¹ 
Jose Luis Guedes dos Santos² 
Aida Maris Peres¹ 
Selma Regina De Andrade² 

¹Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

RESUMO

Objetivo: compreender o significado do acesso aos serviços de saúde com vistas à continuidade do cuidado na rede de atenção para usuários e profissionais.

Método: pesquisa qualitativa, que utilizou os passos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados, realizada no período de novembro de 2015 a abril de 2017. Obteve-se a amostragem teórica com 33 participantes provenientes de uma instituição hospitalar e uma unidade Estratégia Saúde da Família. Os participantes foram organizados em três grupos amostrais conforme orientação circular e contínua da coleta e análise dos dados em Teoria Fundamentada nos Dados. A análise foi conduzida segundo as orientações do referencial metodológico utilizado, composto pelas fases de codificação aberta, axial e integrativa.

Resultados: emergiram, dos dados, quatro conceitos centrais que demonstram como os participantes vivenciam o acesso com vistas à continuidade do cuidado. Estes vão desde o primeiro contato com a rede de saúde, passando por limitações e alternativas encontradas para alcançar perspectivas à continuidade do cuidado nas ações e serviços de saúde.

Conclusão: identificaram-se possibilidades e contradições na vivência do cuidado, no que concerne ao acesso aos serviços e ações em saúde para a continuidade do cuidado, compreendendo-as como exequíveis nos serviços de saúde, porém, divergentes do ideal preconizado pela literatura acerca da temática, bem como pelas normativas e prerrogativas vigentes no Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Continuidade da assistência ao paciente. Assistência integral à saúde. Teoria fundamentada nos dados. Interacionismo simbólico. Cuidados de enfermagem.

COMO CITAR: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR, Santos JLG, Peres AM, Andrade SR. Acesso *versus* continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29: e20180502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0502>

ACCESS VERSUS CARE CONTINUITY IN HEALTH NETWORK SERVICES: EXPERIENCING POSSIBILITIES AND CONTRADICTIONS

ABSTRACT

Objective: to understand the meaning of access to health services with a view to care continuity in the care network for users and professionals.

Method: qualitative research, which used the methodological steps of Grounded Theory, carried out from November 2015 to April 2017. The theoretical sampling was obtained with 33 participants from a hospital institution and a Family Health Strategy unit. The participants were organized into three sample groups according to circular and continuous orientation of data collection and Grounded Theory analysis. The analysis was conducted according to the guidelines of the methodological framework which was composed of the open, axial and integrative coding phases.

Results: four central concepts emerged from the data that demonstrate how participants experience access with a view to care continuity. These range from the first contact with the health network, through limitations and alternatives found to achieve perspectives to the care continuity in health actions and services.

Conclusion: possibilities and contradictions were identified in the experience of care, with regard to access to health services and actions for the continuity of care, understanding them as feasible in health services, but divergent from the ideal advocated by the literature on the theme, as well as by the norms and prerogatives in force in the Unified Health System.

DESCRIPTORS: Continuity of patient care. Comprehensive health care. Data-based theory. Symbolic interactionism. Nursing care.

ACCESO VERSUS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE LA RED DE SALUD: EXPERIMENTANDO POSIBILIDADES Y CONTRADICCIONES

RESUMEN

Objetivo: comprender el significado del acceso a los servicios de salud con vistas a la atención continua en la red asistencial para usuarios y profesionales.

Método: investigación cualitativa, que utilizó los pasos metodológicos de la Teoría Fundamentada en datos, realizada de noviembre de 2015 a abril de 2017. La muestra teórica se obtuvo con 33 participantes de un hospital y una unidad de Estrategia de Salud de la Familia. Los participantes se organizaron en tres grupos de muestra de acuerdo con una guía circular y continua para la recopilación y el análisis de datos en Grounded Theory. El análisis se realizó de acuerdo con los lineamientos del marco metodológico utilizado, compuesto por las fases de codificación abierta, axial e integrativa.

Resultados: de los datos surgieron cuatro conceptos centrales que demuestran cómo los participantes experimentan el acceso con vistas a la continuidad de la atención. Estos van desde el primer contacto con la red de salud, pasando por las limitaciones y alternativas encontradas para lograr perspectivas de continuidad asistencial en acciones y servicios de salud.

Conclusión: se identificaron posibilidades y contradicciones en la experiencia de la atención, en cuanto al acceso a los servicios de salud y acciones para la continuidad de la atención, entendiéndose como factibles en los servicios de salud, sin embargo, divergiendo del ideal recomendado por la literatura sobre el tema, así como las normas y prerogativas vigentes en el Sistema Único de Salud.

DESCRIPTORES: Continuidad de la atención al paciente. Atención integral de salud. Teoría fundamentada en datos. Interaccionismo simbólico. Cuidado de enfermería.

INTRODUÇÃO

Continuidade do cuidado (CC) é uma expressão que se relaciona à qualidade do cuidado recebido ao longo do tempo. Para tanto, consideram-se as características em saúde que o usuário necessita, ou seja, pode ser considerada como o acompanhamento em saúde pelos serviços de atenção primária e/ou em episódios pontuais, como uma internação hospitalar.¹

Desse modo, esse conceito, essencial para um cuidado clinicamente qualificado e seguro para o usuário, deve permear as práticas de saúde em todos os pontos do sistema. Quanto melhor o desempenho, ou quanto maior o grau de conectividade dos cuidados, melhor será a qualidade do atendimento, os resultados em saúde para o usuário e os benefícios de custo-efetividade para a população e para o sistema de saúde em geral.²

Por se tratar de um termo complexo, com diferentes definições na literatura científica, a CC tem sido descrita como um conceito que envolve a perspectiva tanto dos profissionais quanto dos usuários. Entretanto, estes indivíduos tendem a valorizar aspectos diferentes acerca da temática.³ Para os profissionais, as questões mais relevantes dizem respeito à gestão da informação para o cuidado, bem como a estrutura e o processo de trabalho, as interações e articulações profissionais para o cuidado e a elaboração de um efetivo plano assistencial compartilhado.⁴⁻⁵ Já os usuários costumam centrar suas preocupações com questões que envolvem o acesso aos serviços e ao suporte oferecido.³

Acredita-se, corroborando, que as discussões acerca da CC devam incluir também os aspectos que envolvam a resolutividade dos problemas em saúde em tempo oportuno para o usuário.³ Desse modo, é preciso considerar, primeiramente, as questões correlatas ao acesso aos serviços de saúde, não apenas como porta de entrada ou como atendimento inicial em saúde, mas, principalmente, como este acesso permite, àquele que utiliza e necessita dos serviços e ações assistenciais, a resolutividade às suas demandas.

É possível encontrar, na literatura, outros estudos que expõem as dificuldades acerca do acesso às ações e serviços de saúde e, com isso, prejudicam a CC. Essas dificuldades englobam um universo muito amplo, permeando desde as questões geográficas até a insuficiente oferta de serviços afetados pelos aspectos organizacionais, econômicos, sociais, culturais, religiosos, epidemiológicos e de comunicação entre equipes de um mesmo ou de diferentes serviços.⁶⁻⁷

Diante do exposto, compreende-se, neste artigo, o acesso para a CC, tanto como aquele que assegura o atendimento inicial em um serviço de saúde, quanto como de garantia de oferta do cuidado necessário, coerente e em tempo oportuno à demanda de saúde apresentada. Desse modo, optou-se por utilizar o termo 'acesso ao cuidado' para se referir à sua abordagem de maneira mais ampla.

Este artigo objetivou, considerando a importância da temática à CC, compreender o significado do acesso aos serviços de saúde com vistas à continuidade do cuidado na rede de atenção para usuários e profissionais de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo interpretativista, baseado nos passos da Teoria Fundamentada no Dados (TFD), para a coleta e a análise dos dados,⁸ decorrente da elaboração de uma tese de doutorado que buscou compreender a vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde na perspectiva da continuidade.

Estudo realizado em um hospital universitário e em uma unidade Estratégia Saúde da Família (ESF), da rede municipal de atenção à saúde, ambos localizados no município de Curitiba/Paraná.

Determinou-se, respeitando os preceitos metodológicos da TFD, a amostragem pela saturação teórica dos dados e sensibilidade da pesquisadora, totalizando 33 participantes, sendo 22 profissionais de saúde de diferentes categorias, seis usuários da rede e cinco familiares. Posteriormente, os participantes foram divididos em três grupos, sendo o primeiro composto, intencionalmente, por 13 profissionais da atenção hospitalar; o segundo, por nove profissionais da atenção primária e o terceiro,

com cinco familiares e seis usuários. O terceiro grupo foi composto por familiares e usuários devido às limitações da doença que, muitas vezes, os incapacitavam de responder às questões da entrevista.

Consideraram-se como critérios de inclusão para profissionais: ser profissional de saúde da rede do SUS-Curitiba; incluso nas instituições da atenção hospitalar e primária com características de atendimento a usuários com condições crônicas de saúde e vinculados à rede local. Os critérios de inclusão para usuários e familiares foram: usuários da rede do SUS-Curitiba; pertencentes à atenção hospitalar e primária; com característica de atendimento para condições crônicas de saúde e vinculados à rede local.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas audiogravadas, com o auxílio de um questionário semiestruturado, no período de novembro de 2015 a abril de 2017. As questões norteadoras das entrevistas focalizaram a vivência do cuidado pelos profissionais, usuários e familiares na perspectiva da continuidade do cuidado durante todo o seu trajeto pela rede de saúde. Cada entrevista foi transcrita e analisada em profundidade na íntegra, perfazendo uma duração média de 60 a 90 minutos cada.

Utilizaram-se, como técnica de análise, as fases de codificação aberta, axial e integrativa, como propõe o referencial metodológico, além do suporte teórico do Interacionismo Simbólico.⁸ Após a análise dos dados, emergiram-se três temas: acesso os serviços e aos cuidados em saúde; informações e comunicação da informação; as relações e inter-relações entre profissionais e usuários para o cuidado na perspectiva da continuidade. Entretanto, neste artigo, trabalhou-se apenas o primeiro tema.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados, emergiu um total de 5.823 códigos, divididos em 416 componentes, 38 premissas e 11 conceitos. Da intersecção dos dados entre os três grupos amostrais, 3.265 códigos, 186 componentes e 12 premissas corresponderam aos quatro conceitos apresentados (Quadro 1).

O desenvolvimento e inter-relacionamento dos conceitos que explicitam a vivência dos participantes acerca do acesso com vistas à CC ocorreu por meio da ferramenta analítica⁸, denominada de “Paradigma”, que determina as condições, ações-interações e consequências dos fenômenos. Vale ressaltar que as relações entre condições, ação-interação subsequente e consequências raramente seguem um caminho linear, sendo demonstradas, dessa maneira, no quadro I como uma forma didática de apresentação dos resultados.

Quadro 1 – Código teórico, conceitos e premissas.

Código Teórico	Conceitos	Premissas
Vivendo possibilidades e contradições no contexto de acesso ao cuidado pelos serviços da rede	Iniciando a aproximação ao cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurando o acesso inicial ao serviço. • Deparando-se com as limitações no prosseguimento do cuidado em nível primário. • Emergindo sentimentos a partir das limitações vivenciadas.
	Recorrendo aos demais pontos de atenção à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Relatando as motivações para acessar os demais serviços da rede. • Encontrando obstáculos de acesso aos serviços de atenção especializada/hospitalar. • Reconhecendo a influência da estrutura física e organizacional dos serviços para garantir o acesso aos demais pontos de atenção.
	Utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizando situações emergenciais. • Buscando acesso ao cuidado por meio dos serviços de urgência e emergência. • Utilizando subsídios próprios para alcançar o cuidado.
	Encontrando as perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede.	<ul style="list-style-type: none"> • Continuando o cuidado nos serviços de atenção especializada/hospitalar. • Vinculando o usuário na Atenção Primária em Saúde (APS) como garantia de acesso aos materiais e dispositivos em saúde. • Identificando o serviço de APS como ponte de acesso às demais configurações do sistema de saúde.

Vivendo possibilidades e contradições no contexto de acesso ao cuidado pelos serviços da rede

O contexto do cuidado na rede de atenção é caracterizado por possibilidades e contradições, na relação de procura e oferta, na qual o acesso aos serviços de atenção primária é verdadeiro. Todavia, a probabilidade de garantia de cuidado resolutivo, para o qual se buscou atendimento, nem sempre é concreta nesse contato inicial, sendo preciso recorrer aos demais pontos de atenção na rede para alcançá-la. Buscar atendimento em diferentes pontos de atenção não significa ter respostas imediatas aos problemas de saúde, uma vez que o ingresso nestes serviços é marcado por obstáculos que dificultam que ele ocorra em momento oportuno.

Essas interações conduzem a uma perspectiva de que o cuidado na rede, embora demorado pela dificuldade de acesso, é mais provável de maneira resolutiva no âmbito da atenção de serviços de maiores complexidades tecnológicas como, por exemplo, a atenção especializada/hospitalar. Nesse sentido, o cuidado ocorre até à “solução final” dos problemas de saúde, ou seja, do acesso inicial ao seguimento do cuidado nas situações de pós-consulta especializada ou pós-internação hospitalar. Há situações em que se recorrem aos serviços de atenção domiciliar, contudo, o vínculo continua sendo ambulatorial. Nessas circunstâncias, a APS é identificada, principalmente, como responsável pelo fornecimento de materiais e dispositivos em saúde e, raramente, como ponto de seguimento do cuidado no contrafluxo.

Desse modo, no que concerne ao seguimento do cuidado no contrafluxo, ressalta-se que este é possível ao usuário, de alguma forma, dentro da rede, todavia, diverge do ideal preconizado (Figura 1).

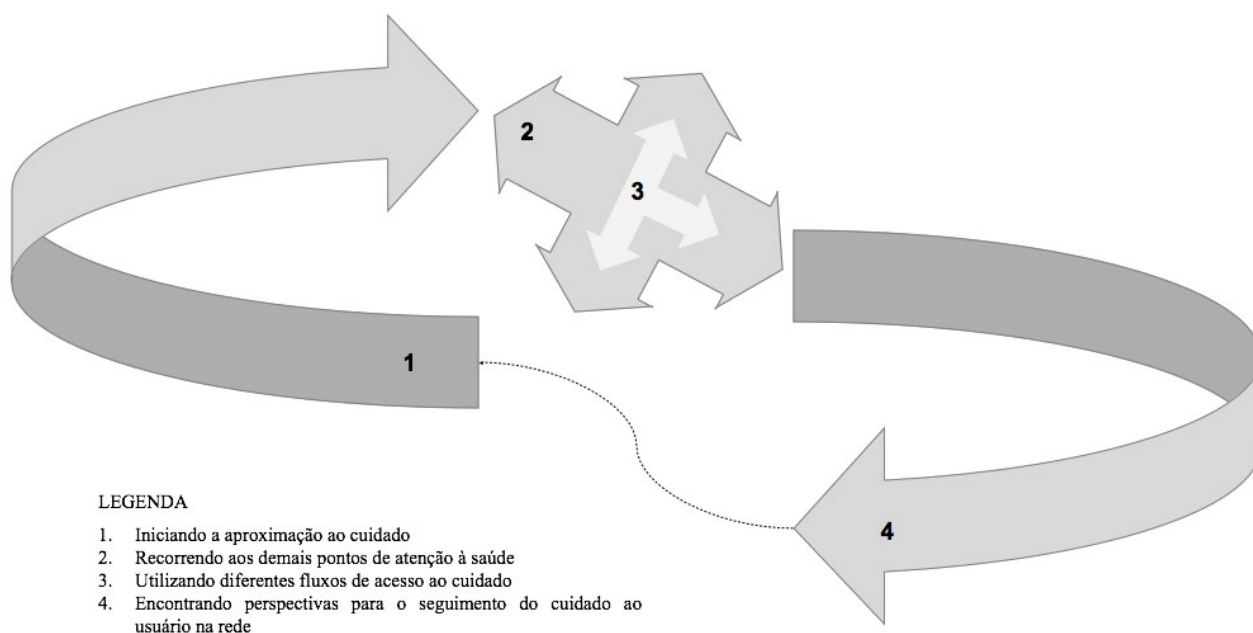


Figura 1 – Vivendo possibilidades e contradições no contexto de acesso ao cuidado pelos serviços da rede.

A Figura 1 demonstra como essa vivência é significada pelos participantes em relação à CC. Em uma síntese, o diagrama procura representar a busca por um ‘elo’ contínuo para o cuidado na rede, contudo, apresenta constantes interrupções e fragmentações que dificultam esse resultado. O ponto de partida, demonstrado pelo número 1, na imagem, representa o início do acesso aos serviços

da rede e diz respeito às unidades de atenção primária. Nesse momento, há garantia de ingresso aos serviços de saúde, mas não necessariamente às ações de cuidado que os usuários necessitam para resolver seus problemas de saúde.

Desse modo, é preciso recorrer aos demais pontos de atenção da rede (2) e utilizar diferentes fluxos de acesso (3) para alcançar/garantir o acesso resolutivo ao cuidado. Ressalta-se que estas ações são comuns a todos os participantes da pesquisa, profissionais e usuários. Aos primeiros porque procuram garantir de diversas formas e estratégias o acesso ao cuidado de maneira resolutiva ao usuário, e este último percorre os distintos pontos da rede nos quais acredita solucionar seu problema em saúde. Com isso, o cuidado compreendido como contínuo é aquele atingido nos espaços em que a “solução” do problema em saúde ocorreu. Já o *continuum* do cuidado na contrarreferência é significado de maneira divergente do ideal preconizado pela literatura e normativas relacionadas. Contudo, não se pode dizer que é totalmente inexistente ou insuficiente, uma vez que se encontram perspectivas para seu seguimento na rede de saúde (4).

Justifica-se, então, que a estrutura e o processo para o ‘acesso ao cuidado’ na rede de atenção são, ao mesmo tempo, possíveis e contraditórios, no que concerne às condições, ações-interações e consequências à CC. Os processos que fundamentam como esses conceitos ocorrem são apresentados mais detalhadamente a seguir.

Conceito: iniciando a aproximação ao cuidado

A aproximação com a rede de atenção à saúde é representada pela certeza de acesso inicial aos serviços, porém, pouco significativa na garantia de acesso ao cuidado resolutivo. Tal fato justifica-se pelas dificuldades encontradas dentro na APS em assegurar assistência para as demandas de saúde que motivaram o atendimento. Essas são reconhecidas como limitações referentes à utilização dos recursos do sistema, resultando em baixa autonomia aos profissionais para resolver os problemas de saúde sem ter que acessar outros pontos da rede de atenção.

A conformação do sistema com estas características gera sentimentos limitantes aos participantes que desejam conduzir o cuidado, mas se deparam com obstáculos que dificultam essa sequência. A vivência dessas interações confere à APS o significado de baixo poder de resolutividade das necessidades em saúde.

Conceito: recorrendo aos demais pontos de atenção à saúde

A busca pelos serviços dos demais pontos de atenção ocorre pela necessidade de garantir o fluxo do cuidado de maneira resolutiva. Ela é motivada em duas situações distintas: na primeira, refere-se às limitações na autonomia para conduzir o cuidado; a segunda diz respeito à restrição do conhecimento técnico-científico do profissional para solucionar os problemas de saúde existentes, tendo em vista que as demandas em saúde do usuário superam o seu *know-how*, ou seja, suas competências já foram mobilizadas.

Entretanto, a relação entre a necessidade em saúde e a garantia de acesso aos serviços de densidades tecnológicas mais avançadas diverge do ideal, resultando em atrasos ao seguimento do cuidado, com possíveis consequências ao usuário. Apesar disso, procura-se compreender as limitações de acesso, reconhecendo as influências que a estrutura física e organizacional dos serviços exerce sobre o cuidado e a regulação das vagas.

Essas condições e interações imprimem o significado de que o cuidado pelos serviços de atenção especializada/hospitalar, embora difícil de alcançar, é o meio mais provável de resolver os problemas em saúde, independentemente dos desfechos dessa assistência para o usuário.

Conceito: utilizando diferentes fluxos de acesso ao cuidado

As dificuldades vivenciadas, relacionadas à garantia de acesso ao cuidado resolutivo, fazem com que profissionais e usuários busquem alternativas de enfrentamento, sendo solicitada a priorização de atendimento para situações mais críticas. Entretanto, nem sempre essa alternativa assegura o cuidado no tempo necessário.

Essas condições e interações motivam a procura, geralmente equivocada, por atendimento em serviços de urgência e emergência, bem como a motivação pela busca aos recursos da iniciativa privada como meio de garantir a resolutividade para o cuidado necessário.

Conceito: encontrando perspectivas para o seguimento do cuidado ao usuário na rede

Há uma dificuldade em reconhecer, naturalmente, a APS como responsável pela coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde. Este significado é decorrente, em parte, das limitações experienciadas no fluxo do cuidado, mas, principalmente, da vivência de lacunas na integração do cuidado com este nível de atenção no contrafluxo.

Estas, por sua vez, resultam da simbolização dos serviços de atenção especializada/hospitalar como locais onde o cuidado ocorre do “início ao fim”. A atenção primária é reconhecida, geralmente, no contrafluxo, como local de garantia de acesso aos materiais e dispositivos para a realização do cuidado pelo próprio usuário e família e não pelos profissionais de saúde deste âmbito de atendimento. Essas condições e interações contribuem para a caracterização da APS como porta de entrada aos demais pontos de atenção da rede.

DISCUSSÃO

De acordo com a vivência dos participantes, a CC nos serviços de saúde da rede de atenção local apresenta-se como possível, entretanto, com fragilidades percebidas já no contato inicial com os serviços, tendo uma relação direta com os aspectos ligados ao acesso. Contudo, as dificuldades apresentadas não estão relacionadas à garantia de acesso inicial ao atendimento, mas, sim, ao acesso resolutivo e em tempo oportuno ao cuidado necessário à demanda de saúde existente.

Acredita-se que a CC, vivenciada ao longo do tempo pelas pessoas que buscam os serviços de saúde, deve ser considerada, desde o contato inicial com os estabelecimentos, permeando todo o percurso que o usuário venha a necessitar, até o seu retorno para o acompanhamento em saúde.⁹

Cabe destacar que a CC se manifesta de maneira distinta entre os serviços do sistema de saúde¹⁰. Na APS, ela é tida como elemento essencial ao cuidado,^{2,11} uma vez que este ponto da rede é considerado responsável pela centralidade da comunicação e coordenação do cuidado.¹² Nesse contexto, ela refere-se a uma relação de cuidado contínuo e envolve fortemente as questões de vínculo e confiança entre usuário e profissional.²

No âmbito hospitalar, a CC toma um lugar subsidiário e dá vez aos conceitos que envolvem o grau de consistência e coordenação entre as diferentes especialidades e categorias profissionais. Entretanto, sua qualidade e efetividade também estão relacionadas à capacidade de comunicação com a APS,¹ uma vez que é neste espaço que o usuário continuará seu acompanhamento em saúde quando receber alta. Considera-se, para tanto, a capacidade de comunicação nos dois sentidos: referência e contrarreferência.

Especificamente com relação ao acesso, CC e serviços de saúde, o contexto da APS representa o local no qual os usuários têm o primeiro contato ao cuidado e, conceitualmente, deve ser responsável pela coordenação e continuidade deste ao longo do tempo.¹²⁻¹⁴

Contudo, embora seja considerada como responsável por uma atenção ambulatorial não especializada, com capacidade resolutiva de até 85% das demandas da comunidade,^{12,15} demonstra

dificuldades em cumprir esse papel.^{6,16} Estas referem-se aos aspectos organizacionais e burocráticos relacionados à disponibilidade de exames e serviços fundamentais, que limitam o seu poder de dar respostas efetivas e em tempo oportuno aos usuários.¹⁷⁻¹⁸ Desse modo, o acesso assegurado ao primeiro contato na APS não é sinônimo de garantia de cuidado resolutivo às necessidades apresentadas, o que pode ser evidenciado nos resultados desta pesquisa.

Outros estudos reiteram debilidades à CC no que concerne à disponibilidade de recursos e às burocracias da rede. Estas, ao invés de facilitar o processo de trabalho, muitas vezes, dificultam a efetividade das ações.¹⁹⁻²⁰ Com isso, o acesso ao cuidado torna-se comprometido, uma vez que se torna necessário recorrer a outros fluxos como alternativa de garantir respostas efetivas e oportunas às demandas de saúde existentes.

Um estudo realizado em 2017, em uma região do Estado de São Paulo, encontrou resultados similares a esta pesquisa. No estudo em questão, os autores analisaram, na perspectiva de gestores e usuários, a coordenação do cuidado pela APS, e ficou evidente a dificuldade deste ponto de atenção, tanto em se constituir como principal porta de entrada do sistema quanto em oferecer uma atenção à saúde resolutiva. Como justificativa à experiência dos usuários, os gestores reproduziram argumentos previstos nas diretrizes nacionais para a organização e a burocracia dos fluxos da rede.¹⁸

Contudo, devem-se considerar as concepções fundamentais deste ponto de atenção como responsáveis por ofertar cuidados de baixa densidade tecnológica.¹⁵ Desse modo, ressalta-se que nem todas as demandas de saúde, identificadas como não resolvidas, são, de fato, sensíveis ao atendimento primário.

Estudo que avaliou a relação de acesso e resolutividade na assistência à saúde da criança na APS observou que a maioria dos atendimentos priorizados para consultas médicas ocorria em situações agudas de doença,²¹ corroborando esta pesquisa, a qual demonstrou que o dimensionamento das vagas para consulta médica também era realizado sob o critério de priorização para ocorrências de quadros agudos.

Percebe-se, com isso, o predomínio no significado da busca pelos serviços centrado nas ações curativas, tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. Ressalta-se que, de um modo geral, o baixo poder de resolutividade da APS contribui para o insuficiente reconhecimento deste ponto da rede como fonte de confiança para a continuidade do cuidado,²² inclusive, no que concerne às ações de prevenção e promoção à saúde.

Essas situações contribuem para o congestionamento de outros pontos da rede, como os serviços de urgência e emergência, atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, restringindo o acesso, em tempo oportuno, para os usuários que necessitam destes serviços.^{17,23}

Autores²⁴ investigaram o acesso e a qualidade dos serviços de saúde de 100 cidades distribuídas em 23 Estados das cinco regiões geopolíticas do Brasil e verificou que a falta de acesso aos serviços foi mais prevalente nos estabelecimentos hospitalares, seguidos dos serviços de urgência e emergência e cuidados domiciliares.

Esses achados convergem e divergem, em parte, com a vivência dos participantes deste estudo. Convergem no que se refere às dificuldades de acesso aos serviços hospitalares, mas divergem acerca do acesso aos estabelecimentos de urgência e emergência. Esses foram identificados como uma forma de desvio ao primeiro contato na rede, como alternativa para o acesso a respostas em saúde mais rápidas e resolutivas aos usuários da rede de atenção.

Outro achado na pesquisa realizada, que não foi relatado na pesquisa,²⁴ refere-se às limitações de acesso ao atendimento ambulatorial especializado, o qual é considerado um dos gargalos do SUS,¹⁶⁻¹⁷ visto que sua maior fragilidade está relacionada à hegemonia do modelo de saúde curativista, à baixa resolutividade da APS e ao dimensionamento e organização da oferta dos serviços.²⁴

Conceitualmente, a utilização dos serviços de maior complexidade tecnológica deveria atender à lógica de oferecer apoio para situações de maior gravidade clínica e/ou dificuldade diagnóstica e,

com isso, auxiliar a APS na promoção de uma assistência mais efetiva, com ações especializadas aos que delas necessitarem.^{16,25} Entretanto, neste estudo, foi possível identificar que a demanda por acesso a esses serviços nem sempre obedecia a essa lógica, sendo referida, pelos profissionais da atenção primária, como necessária para agir em situações em que eles eram capazes, cientificamente, de resolver, mas sem autonomia para utilizar recursos terapêuticos e de apoio diagnóstico.

Há de se fazer um contraponto acerca das dificuldades de acesso à atenção especializada, chamando a atenção para as insuficientes práticas de atendimento à saúde nas condições crônicas em que os encontros com os profissionais da APS são geralmente pontuais e em casos de agudização da doença.^{6,13,26} Encontros frequentes com uma mesma equipe de saúde ao longo do tempo são considerados valiosos para a continuidade do cuidado, uma vez que contribuem para fortalecer o vínculo de confiança entre profissional e usuários, com conseqüente cooperação mútua para o cuidado.^{5,27-28}

Esses encontros, descritos na literatura como continuidade relacional, são considerados um dos atributos centrais da APS.²⁷⁻²⁸ Eles favorecem o desenvolvimento de relações interpessoais, melhoram a adesão ao tratamento, promovem cuidados preventivos aprimorados, contribuem para a redução das taxas de internações hospitalares e da necessidade de utilização de serviços de urgência e emergência e melhoram os resultados na segurança do cuidado ao usuário.²⁸⁻²⁹

Nesta pesquisa, esse tipo de continuidade não foi identificado no que concerne à APS, ficando essa relação de confiança com um profissional ou equipe identificada restrita aos serviços de atenção especializada/hospitalar. Desse modo, para os participantes, o cuidado é “continuado” nesses estabelecimentos desde o momento do alcance do acesso até à resolução de seus problemas.

Igualmente, a APS não tem demonstrado iniciativa, em suas ações, para favorecer a construção de um projeto terapêutico singular e articulado com os demais serviços da rede, uma vez que se desresponsabilizam pelo cuidado ao usuário, ao identificar que este está sendo assistido por um serviço de referência.¹⁹

Nesse sentido, é preciso envidar esforços para assumir seu papel na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, desse modo, contribuir para a redução de demandas aos demais pontos de atendimento à saúde.^{13,17,19,23} Destaca-se que tais esforços também se relacionam às ações governamentais que visem a incrementar o poder de resolutividade da APS,^{2,6,15} investindo em capacitação destes serviços e profissionais para otimizar o cuidado e os fluxos de referência.

Por fim, ressalta-se que a pesquisa elaborada apresenta algumas limitações relacionadas aos participantes e ao local do estudo. Com relação aos participantes, destaca-se, primeiramente, que esta não envolveu os gestores. Com isso, a vivência do cuidado na perspectiva da continuidade apresenta a lacuna daqueles que organizam e operacionalizam os fluxos na rede.

A despeito do local do estudo, especificamente relacionado ao acesso à rede de saúde para a CC, o serviço de APS selecionado apresentava uma característica diferenciada na qual o atendimento era priorizado conforme a procura dos quadros de agudização da doença, ressaltando, desse modo, a vivência das condições limitantes de acesso ao cuidado resolutivo no fluxo da rede.

Tais limitações não invalidam os resultados encontrados, uma vez que essa é a realidade da vivência deste grupo de participantes que se buscou evidenciar conforme propõe o referencial metodológico utilizado.

CONCLUSÃO

O acesso aos serviços de saúde está diretamente relacionado às questões de continuidade no cuidado. Contudo, não diz respeito apenas à garantia de atendimento em determinado serviço, mas também à resolutividade das ações para as demandas apresentadas.

Influenciam, também, nesse aspecto, as questões relacionadas à infraestrutura física e de recursos humanos, a autonomia na utilização dos recursos da rede pelos serviços, o conhecimento técnico-científico, a responsabilidade dos profissionais de saúde, a capacidade de comunicação e

compreensão das informações relevantes em saúde e o uso correto dos pontos de atenção à saúde por parte dos usuários.

A literatura já discute, de uma maneira geral, sobre o fortalecimento da APS acerca do investimento na capacitação dos profissionais deste âmbito, a formação específica para a atuação em cuidados primários, bem como o maior poder de autonomia para a resolução dos problemas de saúde nestes espaços. Esta pesquisa evidencia, além desses aspectos já discutidos na literatura vigente, a sensibilização dos profissionais de saúde da rede como um todo para as discussões acerca do conceito e da importância da continuidade do cuidado nas três esferas: usuários, profissionais e sistema de saúde.

Desse modo, os próprios agentes de saúde terão condições de interagir simbolicamente entre si e com os usuários do sistema e, desse modo, incorporar a cultura do *continuum* do cuidado para além das ações curativistas, mas também como prática desejável à adequada prevenção e promoção à saúde. Esse é um importante passo para combater a então chamada 'crise' de acesso ao cuidado nos serviços de saúde e contribuir para a efetividade da continuidade do cuidado na rede de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is Continuity of care? J Health Serv Res Policy [Internet]. 2006 [acesso 2017 Jul 26];11(4):248-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1258/135581906778476490>
2. Palmer W, Hemmings N, Rosen R, Keeble E, Williams S, Imison C. Improving access and continuity in general practice: Practical and policy lessons. Report Nuffield Trust [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 6]; Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2018-11/improving-access-and-continuity-in-general-practice-summary-final.pdf>
3. Weaver N, Coffey M, Hewitt J. Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs [Internet]. 2017 [acesso 2016 Ago 04];24(6):431-50. Disponível em m: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12387>
4. Reid RJ, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Canadian Health Services Research Foundation. [Internet] 2002 [acesso 2016 Ago 02]. Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ [Internet]. 2003 [acesso 2017 Abr 21];327:1219-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
6. Paula CC de, Silva CB da, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SM de M. Fatores que interfere in the longitudinality attribute of primary health care: integrative review. Rev Eletr Enf [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jun 5];17(4):3639. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a20.pdf>
7. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. Implement Sci [Internet]. 2015 [acesso 2017 Mai 18];10:71. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>
8. Corbin JM, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 4a ed. Thousand Oaks, CA (US): SAGE; 2015.
9. Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G, et al. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. Ital J Pediatr [Internet]. 2015 [acesso 2016 Ago 06];41:7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0114-x>

10. WHO. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 07]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274628/9789241514033-eng.pdf?ua=1>
11. Irwin KA, Agius M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? *Psychiatria Danubina* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Jun 07];29(Suppl 3):452-6. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/f1ca/7ed394a9645b8bf180209660a7a9522fec20.pdf>
12. Oliveira AFF, Araújo FLSM, Garcia PT. Health care networks: emergency care network within the scope of the Unified Health System. [acesso 2019 Jun 07] São Luis, MA (BR): EDUFMA; 2018. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes05.pdf
13. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, de Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. *Texto Contexto Enferm*. [Internet] 2015 [acesso 2016 Fev 19];24(4):1009-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500003040014>
14. Ye T, Sun X, Tang W, Miao Y, Zhang Y, Zhang L. Effect of continuity of care on health-related quality of life in adult patients with hypertension: a cohort study in china. *BMC Health Serv Res*. [Internet] 2016 [acesso 2016 Set 16];16(1):674. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1673-2>
15. Gonçalves MR, Umpierre RN, D'Avila OP, Heinzelmann R, Trevisan L, Harzheim E, eds. *Challenges of Primary Health Care in Brazil*. [acesso 2019 Jun 01]; Porto Alegre, RS (BR): UFRGS; 2017.
16. Tesser CD, Poli Neto P. Specialized outpatient care in the Unified Health System: to overcome a void. *Science Collective Health* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Nov 04];22(3):941-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>
17. Belluci JA Junior, Matsuda LM, Marcon SS. Analysis of the emergency hospital patient flow: a case study. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jun 8];17(1):108-16. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.23823>
18. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHDS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Out 18];22(4):1141-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
19. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Nov 5];51:e03226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>
20. Pires MRGM, Gottens LBD, Vasconcelos JE Filho, Silva KL, Gamarski R. Sistema de informação para a gestão do cuidado no rede de atenção domiciliar (si gescad): subsidy to coordination and continuity of care in the sus. *Science and Public Health* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jun 5];20(6):1805-14. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n6/1805-1814/pt>
21. Finkler AL, Viera CS, Tacla MTGM, Toso BRGO. Access and difficulty in the resolution of child care in primary health care. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2016 Set 30];2(6):548-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400089>
22. Neves ET, da Silveira A, Arrué AM, Pieszak GM, Zamberlan KC, dos Santos RP. Childcare network with special health needs. *Text Context Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Jul 05];24(2):399-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003010013>
23. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN do, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS da. Evaluation of the problem-solving capacity and effectiveness of primary health care: integrative literature review. *Sanare, Sobral* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jun 5];17(1):65-73. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1232/663>

24. Santiago AD, Tomasi E, Thumé E, da Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso 2017 Out 12];49(31):1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005503>
25. Ministry of Health (BR). Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS). Referral protocols from Primary Care to Specialized Care. *Endocrinology and Nephrology*. Brasilia, DF (BR): Ministry of Health, 2015.
26. Coelho APC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardino E, Alessi SM. Tuberculosis care management: integrating a teaching hospital to primary health care. *Text Context Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Set 19];25(2):e0970015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000970015>
27. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC do, Serra IC da, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jun 09];22(3):841-853. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>
28. Paula CC, Silva CB, Nazário EG, Ferreira T, Schimith MD, Padoin SMM. Factors that interfere in the longitudinality attribute of primary health care: integrative review. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Dez 04];17(4):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i4.31084>
29. Mendes FRP, Gemito MLGP, Caldeira EC, Serra IC, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Out 13];22(3):841-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.26292015>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da tese – Vivência do cuidado pelos usuários e profissionais na rede de atenção à saúde na perspectiva da continuidade, apresentada ao Programa de Pós-Graduação EM Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, em 2017.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR.

Coleta de dados: Utzumi FC.

Análise e interpretação dos dados: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR,

Discussão dos resultados: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR,

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR, Santos JLG, Peres AM, Andrade SR.

Revisão e aprovação final da versão final: Utzumi FC, Bernadino E, Lacerda MR, Santos JLG, Peres AM, Andrade SR.

FINANCIAMENTO

Projeto financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), sob número de processo 406058/2016-4.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, parecer n. 888.681, certificado de apresentação para apreciação ética CAAE: 36975914.5.0000.0102.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 12 de fevereiro de 2019.

Aprovado: 13 de junho de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Fernanda Catafesta Utzumi

fernandacatafesta@yahoo.com.br

