

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

CAROLINA BALTAR DAY

**CONTRARREFERÊNCIA DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PARA
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2013

CAROLINA BALTAR DAY

**CONTRARREFERÊNCIA DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA PARA
ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Day, Carolina Baltar

Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre. / Carolina Baltar Day. -- 2013.
133 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Contrarreferência. 2. Integração entre serviços de saúde. 3. comunicação entre serviços de saúde. 4. Continuidade da atenção. I. Rigatto Witt, Regina, orient. II. Título.

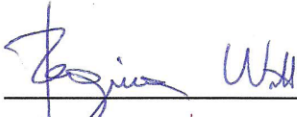
CAROLINA BALTAR DAY

Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para as Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 06 de maio de 2013.

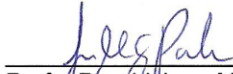
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

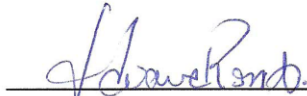
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

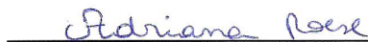
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Idiane Rosset Cruz

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Adriana Roese

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos àqueles que contribuíram para a construção deste trabalho. Aos profissionais que disponibilizaram seu tempo precioso, muitas vezes os poucos minutos de intervalo da sua jornada de trabalho, para participar desta pesquisa, fornecendo informações e compartilhando conhecimentos.

Aos usuários do Sistema Único de Saúde, que enfrentam a superlotação dos serviços de emergências e as lacunas assistências existentes na atenção primária. Para eles, dediquei alguns anos de estudo e dedico os que ainda virão, e espero que os resultados de minha pesquisa tragam benefício e melhorias para que a população seja realmente assistida em serviços que priorizem a integralidade da atenção.

À Professora Regina Rigatto Witt, orientadora do meu curso de mestrado, por ter compartilhado comigo seu conhecimento e experiências, não só nestes dois anos de curso, mas também durante minha graduação, na qual tive a oportunidade de ser orientada por ela em meus estágios nos serviços de atenção básica do município de Porto Alegre. Agradeço ao companheirismo, a paciência e carinho dedicados à mim durante todo esse tempo.

À Professora Lisiane Paskulin, minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem e integrante da banca do Exame de Qualificação, por todo o apoio para o desenvolvimento desta pesquisa e principalmente por ser participante no meu crescimento profissional e pessoal. À ela dedico grande carinho e admiração.

Às Professoras Tatiana Engel Gerhardt e Idiane Rosset, também integrantes da banca do Exame de Qualificação, pelas sábias contribuições para a construção deste estudo.

Aos professores Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS pelos momentos de aprendizagem. À Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo ensino público de excelência.

Aos colegas do PPGENF, pelo companheirismo e por dividirem comigo, não só conhecimento, mas alegrias e dúvidas, ocasiões estas em que construímos a ideologia de um SUS melhor e crescemos pessoal e profissionalmente.

Aos meus amigos por entenderem todos os momentos em que estive ausente. Aos meus familiares, por torcerem e vibrarem com as minhas vitórias. À minha tia, Maria José, pela incansável revisão de português desta dissertação.

Aos meus irmãos, por tornarem os momentos de estudo bem mais animados. Ao meu irmão Luis Fernando, por me acompanhar até as Estratégias de Saúde da Família, permitindo que eu coletasse os dados da pesquisa. Ao meu pai, César, por todo o auxílio e dedicação para que eu sempre pudesse estudar.

Ao meu namorado, Affonso, por sempre estar comigo e me permitir encontrar forças em seu olhar.

À minha mãe, Dinara, por ter me ensinado o que lhe foi ensinado por seu pai: “Podem tirar tudo de ti, menos a tua sabedoria e o teu conhecimento, por isso minha filha, essa é a única herança que tu podes deixar para teus filhos.”

Aos meus avós, em memória, Lia, Luiz Inácio e José Alfredo, que de algum lugar olham por mim.

RESUMO

O estudo teve como objetivo geral analisar um mecanismo de contrarreferência implantado entre o serviço de emergência (SE) de um hospital universitário e as Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de uma gerência distrital do município de Porto Alegre. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de caráter qualitativo. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semidirigidas com 14 profissionais que se envolveram no mecanismo proposto. Destes, metade pertencia ao SE e a outra metade às ESFs. Para tratamento dos resultados foi utilizada a técnica de análise temática. Foram estabelecidas cinco categorias: “Uma reorganização para podermos manter o sistema de saúde funcionando”- a organização dos serviços para operacionalizar a contrarreferência; “A base de tudo é a comunicação e nós podemos estar aprimorando isso” - a comunicação no processo de contrarreferência; “Somar os conhecimentos, trocar experiências e decidir conjuntamente” - a organização do trabalho e o estabelecimento das relações profissionais; “Ver que tem uma rede que se pode estar integrando com o atendimento” - a integração entre os serviços de saúde; “Saber o que aconteceu é valorizar o usuário” - continuidade da atenção como desfecho da contrarreferência. Os resultados evidenciaram que os profissionais realizaram a contrarreferência como previsto no projeto proposto. O SE envolveu diretamente os residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, exigindo a reorganização de suas atividades diárias. Já na ESF, foram envolvidos os trabalhadores do serviço, o que gerou uma priorização dos casos contrarreferenciados. Os profissionais enfrentaram dificuldades como a falta de estrutura física e material nas ESF, a desatualização do cadastro de endereço dos usuários, e também as lacunas de cobertura das ESFs. Houve complementaridade na troca de informações e também entre a comunicação falada e escrita. A discussão em equipe e avaliação dos casos em duplas favoreceu a integralidade no desenvolvimento destas ações na SE. Na ESF, as demandas da contrarreferência que já constituíam atividades programadas e suas relações mantiveram-se baseadas no trabalho em equipe. Os resultados evidenciaram que os profissionais percebem a contrarreferência como uma forma de integração, que permite conhecer o funcionamento de outros serviços e oportunizar a continuidade da atenção. Para eles, esta assistência contínua pode contribuir para redução da superlotação das emergências e gera desafios a serem vencidos como a baixa credibilidade nos serviços de atenção primária e também o fortalecimento do vínculo com os usuários. Conclui-se que este é um mecanismo

que apresenta potencialidade para ser ampliado e que gera benefícios para ambos os serviços, e principalmente para os usuários, pois permite a integração de informações para oferecer adequada assistência em qualquer ponto da rede de atenção.

Título: Contrarreferência de usuários de um serviço de urgência para Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre.

Descritores: Serviços Hospitalares de Emergência. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The study aimed to analyze a counter-mechanism deployed between the emergency department (SE) of a university hospital and Strategies for Family Health (ESFs) of a district in Porto Alegre. This is a descriptive, exploratory and qualitative research. Data were collected through semi-structured interviews with 14 professionals who were involved in the proposed mechanism. Of these, half belonged SE and the other half to ESFs. For treatment of the results we used the technique of thematic analysis. We found five categories: "A reorganization in order to keep the health system functioning" - a service organization to operationalize the counter-reference; "The basis of everything is communication and we may be tweaking it" - communication in the process of counter-reference; "Adding the knowledge, exchange experiences and decide together" - the organization of work and the establishment of relations professionals, "See that you have a network that can be integrated with the service" - the integration of health services, "Knowing what enhance the user's happened "- continuity of care as the counter- reference outcome. The results showed that the professionals conducted counter- reference as provided in the proposed project. The SE directly involved residents of the Residence Integrated Multidisciplinary Health, requiring the reorganization of their daily activities. In the ESF, were involved service workers, which did not require reorganization, but generated a prioritization of the cases. The professionals have faced difficulties such as lack of physical structure and material in the ESF, the downgrade of the register address of the users, and also the gaps in coverage of ESFs. There complementarity in information exchange and also between the spoken and written communication. The team discussion and review of cases in doubles, completeness favored the development of these actions. In the ESF, the demands of counter-reference already constituted activities were developed in this service, so there was no need to reorganize their work and their relations remained based on teamwork. The results showed that professionals perceive as a form of counter-integration, which allows to know the functioning of other services and nurture the continuity of care. For them, this continued assistance can contribute to reducing overcrowding emergencies and generates challenges to be overcome as the low credibility in primary care services and also strengthen the bond with users. We conclude that this is a mechanism that has the potential to be expanded and that generates benefits for both

services, especially for users as it allows the integration of information to provide appropriate assistance anywhere in the network of care.

Title: Counter-reference of users of an emergency department for primary care services in Porto Alegre.

Descriptors: Hospital Emergency Services. Primary Health Care. Health Services.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar un mecanismo de contra referencia entre el departamento de emergencia (SE) de un hospital universitario y Estrategias para la Salud de la Familia (ESF) de un distrito de administración de la ciudad de Porto Alegre. Se trata de un salto cualitativo exploratorio descriptivo. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con 14 profesionales que participan en el mecanismo propuesto. De éstos, el medio pertenecía SE y la otra mitad a ESFs. Para el tratamiento de los resultados se utilizó la técnica de análisis temático. Se encontraron cinco categorías: "Una reorganización con el fin de mantener el funcionamiento del sistema de salud" - una organización de servicios para poner en práctica la contra referencia, "La base de todo es la comunicación y podemos estar retocando él" - comunicación en el proceso; "La adición del conocimiento, intercambiar experiencias y decidir juntos" - la organización del trabajo y el establecimiento de relaciones profesionales, "Mira que tiene una red que puede ser integrado con el servicio" - la integración de los servicios de salud "Sé lo que pasó es mejorar el usuario" - la continuidad de la atención como lo desenlace del contra referencia. Los resultados mostraron que los profesionales llevado a cabo la contra referencia según lo previsto en el proyecto propuesto. El SE directamente involucrados residentes de la Residencia Multidisciplinaria de Salud Integral, que requiere la reorganización de sus actividades diarias. En el FSE, participaron trabajadores de los servicios, los cuales no requieren de una reorganización, pero generó una priorización de casos. Los profesionales se han enfrentado a dificultades como la falta de estructura física y material del FSE, la rebaja de la dirección del registro de los usuarios, así como las lagunas en la cobertura de ESF, lo que resulta en pacientes no presentados. Hay complementariedad en el intercambio de información y también entre la comunicación oral y escrita. La organización del trabajo y las relaciones que se establecen inicialmente en el sudeste mostraron fragmentación debido a la división de tareas. La discusión en equipo y la revisión de los casos en dobles, integridad favorecido el desarrollo de estas acciones. En el FSE, las demandas de la contrarrevolución ya constituida actividades se desarrollaron en este servicio, por lo que no había necesidad de reorganizar y su trabajo y sus relaciones se mantuvieron basa en el trabajo en equipo. Los resultados mostraron que los profesionales perciben como una forma de lucha contra la integración, que permite conocer el funcionamiento de otros servicios y fomentar la continuidad de la atención. Para ellos, esta

asistencia continua puede contribuir a reducir el hacinamiento y las emergencias genera desafíos que hay que superar como la baja credibilidad en los servicios de atención primaria y también fortalecer el vínculo con los usuarios. Se concluye que este es un mecanismo que tiene el potencial de ser ampliado y que genera beneficios tanto para los servicios, especialmente para los usuarios, ya que permite la integración de la información para proporcionar asistencia adecuada en cualquier lugar de la red de atención.

Título: En contra referencia de los usuarios de atención de emergencia a los servicios de atención primaria en Porto Alegre

Descriptor: Servicios de Urgencia en Hospital. Atención Primaria de Salud. Servicios de Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Fluxo de contrarreferência entre o Serviço de Emergência do HCPA e as ESFs da Gerência Distrital GCC estabelecido pelo projeto.....	39
Quadro 2 -	Descrição das categorias e subcategorias encontradas neste estudo, Porto Alegre, 2012.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AIS	Ações Integradas em Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CSVC	Centro de Saúde Vila dos Comerciantes
DCR	Documento de contrarreferencia
EMEI	Unidade Emergência-Medicina Interna
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
GCC	Glória, Cruzeiro e Cristal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Previdência e Assistência social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma operacional básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAU	Programa Nacional de Atenção às Urgências
PSF	Programa de Saúde da Família
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SIB	Sala de Internação Breve
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto atendimento
SO1	Sala de Observação 1
SO2	Sala de Observação 2
USI	Unidade Semi-intensiva
UV	Unidade Vascular

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	Objetivo geral.....	22
2.2	Objetivos específicos.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1	A organização dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades de saúde no Brasil.....	23
3.1.1	A regionalização e a hierarquização no processo de construção do Sistema Único de Saúde.....	27
3.1.2	Redes de atenção à saúde no SUS.....	31
3.2	Projeto assistencial: contrarreferência do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para as Estratégias de Saúde da Família da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.....	35
4	MÉTODOS.....	39
4.1	Caracterização do estudo.....	39
4.2	Cenário do estudo.....	39
4.2.1	Serviço de Emergência do HCPA.....	39
4.2.2	Estratégia de Saúde da Família na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal.....	40
4.3	Sujeitos do estudo.....	41
4.4	Coleta de dados.....	42
4.5	Análise dos dados.....	43
4.6	Aspectos éticos.....	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1	“Uma reorganização para podermos manter o sistema de saúde funcionando” – a organização dos serviços para operacionalizar a contrarreferência.....	46
5.1.1	A Contrarreferência como mecanismo.....	46
5.1.2	Organização do serviço para viabilizar a contrarreferencia.....	54

5.1.3	Dificuldades organizacionais para a contrarreferencia.....	58
5.2	“A base de tudo é a comunicação e nós podemos estar aprimorando isso” - a comunicação no processo de contrarreferência.....	61
5.2.1	Comunicação entre os níveis de atenção.....	61
5.2.2	Dificuldades de comunicação entre os níveis de atenção e alternativas visualizadas	66
5.2.3	Comunicação entre os profissionais do HCPA.....	71
5.2.4	Comunicação entre profissionais da ESF e com a Rede de Atenção.....	74
5.2.5	Comunicação com o usuário.....	75
5.3	“Somar os conhecimentos, trocar experiências e decidir conjuntamente” - a organização do trabalho e o estabelecimento das relações profissionais.....	79
5.4	“Ver que tem uma rede que se pode estar integrando com o atendimento” - a integração entre os serviços de saúde.....	90
5.5	“Saber o que aconteceu é valorizar o usuário” - continuidade da atenção como desfecho da contrarreferência.....	96
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICE A.....	121
	APÊNDICE B.....	122
	APÊNDICE C.....	124
	APÊNDICE D.....	126
	ANEXO A.....	127
	ANEXO B.....	128
	ANEXO C.....	129
	ANEXO D.....	131

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8.080 e 8.142 de 1990, baseado em uma nova concepção da saúde no país, que visa à saúde orientada por uma lógica de prevenção dos agravos e promoção da saúde, guiada por determinantes relacionados à qualidade de vida da população, buscando a redução da lógica de atenção curativista (BRASIL, 2000).

O texto constitucional de 1988 determina a saúde como um direito de todos e dever do Estado, oferecido por meio de um sistema único, com acesso às ações e serviços universal e igualitário, constituído de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A integralidade da atenção, no sentido que determina a LOS 8080/90, em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada depende de mecanismos que orientem o usuário nos diversos níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde. Assim o sistema de referência e contrarreferência inserem-se como um mecanismo orientador na rede de serviços do SUS, sendo norteado pelos princípios da integralidade e da regionalização e hierarquização. Em um sistema de saúde hierarquizado verticalmente, o sistema de referência e contrarreferência preconiza a articulação dos serviços que compõem a rede de saúde, na qual a referência é o trânsito do nível de menor densidade tecnológica para o de maior densidade tecnológica e a contrarreferência é o inverso.

No entanto, desde a instituição do SUS em 1988, a organização dos serviços não atendeu as determinações dos documentos oficiais reguladores do sistema, não existindo uma adequada rede de atenção à saúde e mecanismos de orientação de usuários no sistema de saúde, tendo sido observados problemas com a referência, sendo a contrarreferência praticamente inexistente (WITT, 1992).

Com isto, prevaleceu, na década de 90, a desarticulação entre os diversos serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais (MASCARENHAS; ALMEIDA, 2002) sendo que somente nos anos 2000, com as Normas Assistências de Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 e com o Pacto pela Saúde de 2006, que a instituição de redes foi organizada a partir da diretriz de regionalização em saúde (CUNHA; NORONHA, 2009).

Em 2011, foi publicado o Decreto número 7.508, que regulamenta a Lei 8.080 de 1990 quanto à organização do SUS, ao planejamento e assistência da saúde e a articulação interfederativa. Este decreto determina que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços do SUS deve ser iniciado nas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Ele ainda determina como portas de entrada da Rede de Atenção à saúde todos os serviços da atenção primária, da atenção às urgências e emergências, da atenção psicossocial. A referência de usuários para os serviços de atenção hospitalar e ambulatorial especializado e de maior densidade tecnológica é de responsabilidade das portas de entrada, cabendo à atenção primária ordenar o acesso igualitário e universal às ações e serviços do SUS, onde os entes federativos deverão orientar e ordenar os fluxos das ações e outros serviços de saúde (BRASIL, 2011A).

Anteriormente a publicação deste decreto, o modelo de atenção à saúde, assim como o sistema de referência e contrarreferência inserido neste modelo, era vertical, sendo o usuário encaminhado de “cima” para “baixo” e vice-versa. Na atenção vertical a atenção primária é considerada a única porta de entrada do sistema de saúde e, por ser o primeiro nível de acesso do usuário, passou a ser considerado o nível de menor complexidade. Porém, como já discutido por Cecílio (1997), na prática, a atenção à saúde organiza-se de forma horizontal, com diversas portas de entrada, sendo a principal delas os serviços de urgência hospitalares, sendo evidente a ausência da integração entre os serviços. Assim, este decreto modifica a ideia do modelo vertical de atenção à saúde, uma vez que regulamenta um cenário nacional de saúde já existente e horizontalizado.

No modelo horizontal, preconizado na organização do sistema em redes de atenção, é necessária a utilização de mecanismos integradores, como o de referência e contrarreferência, porém organizados de forma horizontal, assim como os níveis de complexidade, que não se situam um acima do outro, mas um ao lado do outro. A atenção primária, que até então era considerada o nível menos complexo, torna-se, no modelo horizontal, um dos níveis mais complexos, se diferenciando da atenção secundária e terciária pela amplitude de situações que configuram necessidades de saúde neste nível.

A utilização do sistema de referência e contrarreferência como forma de articulação do sistema de saúde visa construir a comunicação entre os serviços de saúde e os níveis de atenção, buscando garantir a integralidade do cuidado, em uma rede regionalizada e hierarquizada com acesso igualitário e universal, respeitando assim os princípios e diretrizes do SUS. Esta necessidade de articulação surge frente à fragmentação do SUS, e neste cenário,

as Estratégias de Saúde da Família (ESF), assumiram um papel reestruturador da atenção à saúde, na tentativa de ampliar o acesso dos usuários aos serviços, sendo um modelo de atenção primária que trabalha de acordo com a delimitação de territórios, com a adscrição da clientela, centralizado na família e no vínculo com o usuário.

A partir da criação das PSF em 1994, até 2007, mais de 90% dos municípios brasileiros estavam cobertos pelo PSF (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008), garantindo assim o acesso a partir da atenção primária (BRASIL, 2007A). No entanto, segundo Azevedo e Costa (2010), a existência destes serviços, aliada à expansão da atenção primária, não implicou em acesso efetivo ao SUS e, do ponto de vista dos usuários, elementos organizacionais dificultam o acesso aos serviços de saúde, tais como: demora em conseguir consulta; mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, que compromete o acesso aos especialistas; número excessivo de pessoas adscritas pelas equipes; demora em receber o atendimento na ESF e também resultados de exames; baixa resolubilidade da ESF, com ausência do atendimento de pequenas urgências, o que acarreta no estrangulamento dos serviços de média e alta complexidade.

Este cenário contribui para que, de acordo com Cecílio (1997), os serviços de urgências hospitalares constituam-se em alternativa de atendimento à população, tornando estes serviços a principal porta de entrada do sistema de saúde.

No entanto, a busca pelas unidades de urgência, não é ditada apenas pela demanda espontânea, mas muitas vezes encaminhada pela própria unidade de saúde no nível primário, que não possui preparo e/ou infraestrutura para o atendimento de pequenas urgências, ou não consegue identificar que estes usuários poderiam ser atendidos na atenção primária, gerando atendimentos desnecessários nos serviços hospitalares. Schimidt e Lima (2004) observaram em estudo de uma ESF, o encaminhamento do usuário para o serviço de pronto-atendimento ou de urgência, ditado pela organização do trabalho e não pela necessidade do usuário.

Estas duas perspectivas, a do usuário que busca por conta própria o serviço de urgência e a do usuário que busca este serviço por orientação e encaminhamento dos serviços da atenção primária, alimentam um modelo de atenção que culpabiliza o usuário por ser atendido no local errado, uma vez que os profissionais da atenção primária definem que seu caso é uma urgência e o encaminham para o hospital e ao chegar lá, os profissionais do serviço de urgência definem que seu caso poderia ser solucionado na atenção básica.

Assim, o usuário acaba sendo responsabilizado pela superlotação dos serviços de urgência, quando na verdade, este cenário é reflexo de um sistema de saúde fragmentado e

desarticulado, no qual a comunicação entre os diversos serviços de saúde é inexistente, existindo desigualdades no financiamento proporcionais às demandas e necessidades, entre os níveis de complexidade, refletindo na precariedade de insumos tecnológicos e no baixo investimento na qualificação dos profissionais, principalmente na atenção primária.

Além disso, Huber (2005), identificou que dificuldade de acesso na rede básica, recursos diagnósticos insuficientes, dificuldade no acesso à consultas especializadas, falta de hierarquização dos casos encaminhados ao hospital, reinternações, a média de permanência nas internações, a ausência de uma linha de cuidado e integralidade, a redução do número de leitos para internação e ausência de uma política de desospitalização são fatores, que configurados em um modelo de atenção centrado em ações técnico assistenciais e em um contexto de desarticulação do SUS, determinam a superlotação das emergências. Neste sentido, de acordo com Bitencourt e Hortale (2009), a superlotação revela um baixo desempenho da rede de atenção à saúde, que demanda uma revisão de todo o sistema de saúde, sem a qual o serviço de urgência continuará a ser utilizado de forma inapropriada pelos usuários e pelos profissionais de saúde como alternativa para o atendimento primário.

Esta fragmentação do SUS acarreta falha do sistema de saúde em oferecer assistência à saúde da população, principalmente, por organizar-se para o atendimento de danos agudos e não aos danos crônicos, que tem aumentado exponencialmente com o passar dos anos, devido ao envelhecimento populacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), este fenômeno está ocorrendo em todo o mundo. Além disso, a Organização Pan-Americana (2008) determinou como principais causas desta fragmentação o predomínio de programas direcionados às doenças agudas e hospitalares; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo centrado na atenção hospitalar; a insuficiência e má distribuição de recursos e a cultura organizacional contrária à integração de serviços.

Com a fragmentação do sistema de saúde, a atenção primária não possui uma comunicação adequada com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se comunicam com o nível terciário, e assim a Atenção Primária a Saúde (APS) não pode executar suas funções de centro de comunicação e coordenadora de cuidado (MENDES, 2010). Cabe ressaltar, que a atual desarticulação entre os níveis assistenciais é um ponto crítico a ser enfrentado para garantir a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (PIRES et al., 2010). Neste sentido a constituição de redes de atenção à saúde torna-se imprescindível para a integração da saúde, garantindo assim a continuidade do cuidado e superando as lacunas assistenciais (SILVA, 2011).

Para que se tenha sucesso na organização do SUS a partir de redes de atenção à saúde, é necessário que os serviços de saúde trabalhem de forma integrada, pois para que exista um cuidado contínuo, independente do local onde o usuário foi atendido, e para que ele receba a atenção adequada em qualquer nível de complexidade, é necessária a comunicação. Assim, a troca de informações entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços, acerca da situação clínica, social e econômica dos indivíduos atendidos, torna-se imprescindível para organizar o acesso e planejar o cuidado.

Segundo Pires et al. (2010), percebe-se a necessidade de organizar o sistema de referência e contrarreferência para melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, pois a referência a partir da atenção primária para os serviços especializados constitui-se em um aspecto central da organização do SUS. Já a contrarreferência, é um mecanismo que não ocorre, uma vez que os usuários nem se quer são orientados a procurar os serviços da atenção primária após atendimento hospitalar, o que evidencia a grande desarticulação entre os níveis assistenciais.

Neste sentido, a organização do mecanismo de referência e contrarreferência é considerada uma competência essencial das equipes de atenção primária à saúde (ADELL; ECHEVARRIA; BENTZ, 2009), pois estes mecanismos possibilitam a integração dos serviços do nível primário com outros níveis de atenção, no qual a troca de informações, entre os profissionais dos diferentes serviços, permite que a atenção primária exerça sua função de coordenadora dos cuidados (SCOREL et al., 2007), ao lidar com problemas amplos, heterogêneos e influenciados pelo contexto social (GOMES et al., 2011), sendo capaz de garantir a continuidade da atenção de forma integrada e organizada, exigindo o reconhecimento de problemas que necessitam de acompanhamento constante (STARFIELD, 2002). No entanto, apesar do sistema de referência e contrarreferência serem norteados por princípios do SUS e de possuir importante papel na integralidade da atenção, este é um sistema pouco desenvolvido no cenário nacional, e as experiências, que viabilizam este modelo ainda são isoladas e frágeis (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Na atenção primária, o sistema de contrarreferência é considerado ausente no cotidiano dos serviços (SCOREL et al., 2007; FIGUEIREDO et al., 2009; JULIANE; CIAMPONE, 1999; MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011), e médicos e enfermeiros indicam a inexistência e a ineficácia deste sistema como o maior problema a ser enfrentado pelas ESFs (CORDEIRO *et al.*, 2009), pois a informação que retorna à estes serviços, após os encaminhamentos para níveis de maior complexidade, depende do relato do usuário, que não

tem acesso à prontuários e muitas vezes não sabe explicar com precisão qual o cuidado recebido (JULIANE; CIAMPONE, 1999).

A repercussão da ausência da contrarreferência configura-se em um cenário no qual predomina a superlotação de serviços de urgência e emergência, e não há garantias da continuidade da assistência na atenção primária (JULIANE; CIAMPONE, 1999). Esta situação acarreta no desconhecimento dos serviços da atenção primária sobre as necessidades apresentadas pelos usuários que deixam a emergência, fazendo com que estes retornem para os serviços de maior complexidade.

Neste contexto, a contrarreferência do usuário das urgências hospitalares para os serviços da atenção primária visa contribuir para a integralidade do cuidado (CECILIO; MERHY, 2003), pois ao promover a comunicação entre os serviços dos diferentes níveis de complexidade, garante a continuidade da assistência. Neste contexto, o usuário que permanecia no serviço de urgência hospitalar para receber cuidados, que poderiam ser executados na atenção primária, é contrarreferenciado para receber acompanhamento na rede de serviços de atenção primária, de forma a prevenir que ele venha a utilizar a emergência sem real necessidade. Assim, de acordo com Cecílio (1997), a contrarreferência também contribui para a redução da superlotação da emergência e qualifica o cuidado prestado.

A fim de contribuir para o processo de integração no sistema de saúde, os gestores do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em parceria com o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) propuseram um projeto de contrarreferência de usuário do SE do HCPA para as ESFs do distrito Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) do município de Porto Alegre, sendo este o distrito assistencial da UFRGS. Este projeto foi iniciado em 2011 e frente sua implementação surgiram os seguintes questionamentos: Como os profissionais do serviço de emergência do HCPA e das ESFs estão percebendo a implantação deste projeto? O contato entre os profissionais e o registro escrito garantem a comunicação entre os serviços? Quais ações estão sendo desencadeadas na ESF frente ao usuário contrarreferenciado? Quais têm sido as facilidades e dificuldades encontradas para realizar a contrarreferência e para atender os usuários contrarreferenciados?

A criação do projeto de contrarreferência subsidia-se no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, do ano de 2010 até o ano de 2013, que define que a articulação dos serviços especializados com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF, deverá configurar uma rede de atenção primária em cada território, com a complementação da atenção, se necessário,

pelos hospitais gerais especializados, através de sistemas de referência e contrarreferência regionalizados. Este plano ao propor a organização da regionalização da assistência especializada, define que os distritos GCC terão como hospital de referência o HCPA, devendo existir mecanismos integradores entre estes serviços (PMPA, 2010), sendo esta a relação do projeto de contrarreferência com o processo de regionalização e pactuação municipal.

A motivação para a escolha deste projeto como objeto de estudo deve-se a experiências durante a graduação em enfermagem, quando ao realizar orientações para a alta hospitalar de usuários do serviço de emergência, percebi a realidade de muitos usuários quanto à incapacidade de realizar sozinhos os cuidados necessários para sua efetiva recuperação no domicílio, ou até mesmo para compreender as orientações fornecidas. Assim a busca por meios que possam garantir o cuidado do usuário após a alta despertou meu interesse desde o ingresso no curso de Enfermagem.

Este estudo visa contribuir para a implementação efetiva do sistema de contrarreferência no SUS, expondo os pontos onde o sistema deve ser melhorado e demonstrando resultados que possam servir de modelo para outros serviços do sistema de saúde. Além disso, este estudo contribui para o crescimento da Enfermagem enquanto profissão inserida nos dois serviços de saúde envolvidos neste estudo. Nos serviços de urgência, o enfermeiro desempenha papel fundamental no atendimento do usuário, representando uma grande parte da força de trabalho encontrada neste serviço. Nas ESFs o enfermeiro lida diariamente com o usuário residente na área de atuação de sua equipe, conhecendo as condições de vida nas quais este usuário está inserido, o que facilita sua atuação no cuidado integral deste usuário. Assim, analisar a contrarreferência entre estes dois serviços contribui para que a Enfermagem aprimore seus conhecimentos quanto a este mecanismo e favorece o crescimento do enfermeiro quanto profissional envolvido no cuidado direto ao usuário. Além disso, o conhecimento que será gerado por este estudo busca favorecer o trabalho multidisciplinar e a comunicação efetiva entre profissionais da equipe de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o mecanismo de contrarreferência implantado entre o SE de um hospital de ensino e as Estratégias de Saúde da Família de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços.

2.2 Objetivos específicos

1. Compreender como os profissionais de saúde estão percebendo este mecanismo enquanto forma de integração entre os serviços.
2. Identificar aspectos que estão facilitando ou dificultando a implantação do processo proposto.
3. Verificar como se organizou o trabalho e se foram necessárias mudanças para que a contrarreferência ocorresse.
4. Descrever como se estabeleceram as relações de trabalho para a operacionalização da contrarreferência.
5. Analisar o processo de comunicação que ocorre no mecanismo de contrarreferência.
6. Identificar os desdobramentos deste mecanismo para continuidade do cuidado.

3 CONTEXTO TEÓRICO E OPERACIONAL

Neste capítulo será apresentado o contexto teórico quanto à organização dos serviços de saúde no âmbito do SUS e será apresentado o contexto operacional referente ao projeto de contrarreferência desenvolvido entre o SE do HCPA e as ESFs dos distritos GCC.

3.1 A organização dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades de saúde no Brasil.

A situação epidemiológica do Brasil tem sido representada pela tripla carga de doenças, pois envolve concomitantemente, uma agenda não concluída de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, que aumentaram consideravelmente na última década (FRENK, 2010). Neste sentido, a crise do sistema de saúde, que se manifesta em diferentes graus por todos os países do mundo, é decorrente da incoerência entre uma situação de saúde. No caso brasileiro, a tripla carga de doenças, e o modo como às respostas sociais se estruturam para atender as necessidades da população, ou seja, a atenção à saúde não pode ser de qualidade, efetiva e eficiente, em um país onde as condições crônicas predominam e o sistema de saúde é direcionado para as condições agudas e agudização de doenças crônicas (MENDES, 2010).

Os serviços de pronto atendimento, ambulatoriais e hospitais, com atenção centrada no cuidado profissional, sem a estratificação dos riscos e financiado por sistemas de saúde fragmentados são predominantes no mundo todo. Conceitualmente, esses sistemas organizam-se de forma hierárquica, com pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, sendo incapazes de prestar atenção contínua à população. Além disso, esses sistemas caracterizam-se pelo atendimento de condições agudas em unidades de pronto atendimento (MENDES, 2010). No Brasil, o Sistema Único de Saúde preconiza que a rede de atenção seja constituída de forma a agregar os serviços de complexidade crescente, configurando três níveis para atendimento das necessidades da população: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (BRASIL, 2006A).

A Atenção Primária a Saúde discutida na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 em Alma Ata foi definida como cuidados essenciais à saúde, com o uso de tecnologia acessível, composta por serviços próximos à moradia e locais de trabalho da população, sendo o primeiro contato com o sistema nacional de saúde e primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OPAS, 1978). Starfield (2002) refere dimensões de avaliação da atenção primária à saúde como: acessibilidade, porta de entrada, elenco de serviços, vínculo, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e formação profissional.

A acessibilidade corresponde à presença ou ausência de barreiras para o atendimento na atenção básica, sejam elas financeiras, organizacionais e/ou estruturais. A atenção primária como porta de entrada significa o grau dos serviços em se constituírem como forma de chegar aos outros níveis de atenção, exceto em emergências. A longitudinalidade refere-se à utilização regular do estabelecimento pela população, em que a equipe de saúde foca suas ações na população adscrita, formando o vínculo entre usuário e profissionais de saúde. O elenco de serviços diz respeito ao adequado fornecimento de serviços às necessidades da população adstrita. A coordenação significa facilitar o acesso do usuário aos demais níveis assistenciais. A centralidade na família refere-se à atenção à saúde de acordo com contexto e dinâmica familiar. A capacidade da atenção primária em reconhecer e responder às necessidades da comunidade e promover ações intersetoriais nas ações comunitárias é a orientação comunitária. E a formação profissional envolve o conteúdo e a extensão da capacitação da equipe da atenção básica à saúde (MACINKO *et al.*, 2003).

No Brasil, a organização da atenção primária está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Alguns Estados instituíram repasses específicos para o PSF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sejam de recursos diretos fundo a fundo, sejam pela contratação de profissionais e cessão dos mesmos aos serviços instalados e geridos pelos municípios. (BRASIL, 2003A). A Estratégia de Saúde da Família, criada em 1994 com a denominação de Programa de Saúde da Família, surge como estratégia de organização e implementação, no Brasil, da atenção primária (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008). A ESF incorporou os princípios do SUS e também da APS (Brasil, 2006B), sendo estes descritos por Starfield (2002) como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Este modelo de atenção básica como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de Saúde, tendo o núcleo familiar

como foco de sua atuação, permitindo também compreender a dinâmica do núcleo familiar, e avaliar que determinantes sociais interferem no desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade. Além disso, as ESFs são capazes de serem importantes mobilizadoras das forças sociais, estimulando o controle social e se mostram estrategicamente importantes como a porta de entrada pela atenção básica no sistema de saúde, sendo capazes de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária (BRASIL, 2003A).

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. A alta complexidade é o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção primária e de média complexidade) (BRASIL, 2011B). Os serviços de média e alta complexidade são regionalizados, localizados em emergências, especialidades e internações hospitalares, e a relação destes serviços com a atenção básica é uma premissa importante para organização dos serviços de saúde, principalmente no que se refere à caracterização da demanda por especialidades e emergências hospitalares (PIRES et al., 2010).

A atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, manteve-se centrada nos hospitais (SANTOS, 2002) e a procura de serviços hospitalares pelos usuários é, em grande parte, espontânea, culminando com superlotação das salas de urgência e, também com uma assistência de baixa qualidade, sendo esta, ainda, a realidade da maioria dos grandes centros urbanos (BRASIL, 2003B). A superlotação destes serviços tem como principais determinantes: a baixa resolutividade da atenção primária, a falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e, em particular, àqueles que atendem às urgências; a inadequação arquitetônica e tecnológica das Portas Hospitalares de Urgência; a insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar, de atenção domiciliar e reabilitação (SANTOS, 2002).

Inicialmente, a regulamentação da atenção às urgências foi feita pelo Ministério da Saúde (MS) e, a partir de 1999 e em 2002, este instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, visando ordenar o acesso ao atendimento às urgências, com garantia de acolhimento, atenção qualificada e resolutiva para casos de baixa e média

complexidade e referência adequada aos casos mais graves. Em 2003, é instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), tendo em vista à necessidade de definir uma ampla política na área, como sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutiva e responsabilização necessária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos (BRASIL, 2002).

Atualmente, a atenção às urgências e emergências, no Brasil, estrutura-se de acordo com a Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011, que institui a rede de atenção às urgências no SUS, substituindo a PNAU. A organização desta rede tem por objetivo articular e integrar todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. Os componentes desta rede são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar e atenção domiciliar (BRASIL, 2011C).

O componente Atenção Básica em Saúde visa ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização, sendo o primeiro cuidado às urgências e emergências, e se necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. A UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências, definindo a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Já o Componente Hospitalar é constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. O componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio. Esta modalidade de atenção à saúde ocorre no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011C).

3.1.1. A regionalização e a hierarquização no processo de construção do Sistema Único de Saúde.

A primeira iniciativa de organização de sistema de serviços de saúde ocorreu em 1920, quando o governo inglês solicitou um relatório, denominado Relatório Dawson, sendo a primeira descrição de regionalização (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Este relatório recomendou que centros primários de saúde atuassem organizados entre e sob supervisão e recebendo auxílio de centros de saúde secundários, os quais ofereceriam cuidados especializados aos pacientes encaminhados pelos centros de saúde primários. Por sua vez, os centros secundários de determinada região deveriam ter suas ações coordenadas por um hospital universitário, onde as especialidades eram mais desenvolvidas e poderiam atender os casos mais complexos encaminhados pelos serviços secundários. (BRAVO, 1974).

No Brasil, nos anos 60, predominava no cenário nacional a dicotomia assistência médica-saúde pública, em que as ações institucionais eram pontuais e desordenadas, não conseguindo conter a miséria e as péssimas condições de saúde da população. Neste contexto, em que as perspectivas “campanhistas” estavam em processo de falência, foram introduzidos a integração e o planejamento das ações de saúde (MEHRY; QUEIROZ, 1993).

O modelo médico assistencial privatista, foi hegemônico nos anos 60 permanecendo até metade dos anos 80. Na década de 70, sob domínio deste modelo assistencial, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência social (MPAS), vinculado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INANPS), quando são determinados os campos de atuação do Ministério da Saúde. Ainda na década de 70, o movimento da Reforma Sanitária ganha força na formulação do pensamento crítico na política de saúde, e ocorre a Conferência de Alma Ata, quando é definido o conceito de Atenção Primária à Saúde. Estas duas ideias surgem como forma de oposição ou alternativa ao sistema de saúde vigente (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Na década de 80, surgem o Programa Nacional de Serviços Básicos (PREV-SAÚDE) e o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que objetivaram a universalização dos cuidados primários, extensão da cobertura e também melhorias nas condições sanitárias da população (MENDES, 1994). O CONASP, em particular, propôs a descentralização do sistema de assistência médica, designando uma única “porta de entrada”

integrada em uma rede básica de serviços públicos de saúde. Neste contexto, a municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendido como meio de atingir maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação da comunidade no gerenciamento do sistema (MEHRY; QUEIROZ, 1993). O principal desdobramento do Conasp foi a implantação das Ações Integradas em Saúde (AIS) com objetivo de evitar ações paralelas e simultâneas entre as instituições sanitárias. Neste período, o País vivia o momento histórico quando terminava a ditadura e iniciava-se a Nova República, sendo convocada, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001), dando início imediato a dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e a elaboração da constituição de 1988 (MENDES, 1994).

As ideias fundamentais da VIII CNS colocaram a saúde como responsabilidade do estado e um direito de todos, com acesso universal em todos os níveis de atenção e definiram os princípios da Reforma Sanitária, dentre eles a regionalização e a hierarquização dos serviços, sendo estes princípios incorporados pela Constituição Federal de 1988, originando o Sistema Único de Saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). A regulamentação do SUS ocorreu em 1990 com a Lei orgânica da Saúde nº8.080 (LOS 8080/90), onde são especificados os princípios de regionalização e hierarquização, de descentralização e de participação popular, considerados princípios organizacionais, sendo operativos para o cumprimento das principais diretrizes do SUS (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

O princípio organizacional da descentralização é uma vertente da municipalização (DRAIBE, 1997), segundo a qual o município é visto como o mais adequado âmbito para tratar a saúde de forma direta, tendo maior facilidade de identificar peculiaridades e diversidades locais, sendo capaz de adaptar as estratégias para solucionar os problemas de saúde integralmente. Além disso, a descentralização é vista como alternativa para solucionar as múltiplas direções do sistema de saúde e a falta de integração entre os serviços de saúde, características herdadas do modelo centrado no hospital e em cuidados médicos, que precedeu o SUS (BARATA; TANALA; MENDES, 2004). Para isto, conforme a LOS 8080/90, a atenção à saúde deve ser descentralizada com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990). Esta mesma Lei define a competência dos municípios no setor saúde em planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços do SUS, além de participar da

organização da rede regionalizada e hierarquizada, articulada com a direção estadual (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007)

O processo de descentralização foi regulamentado no decorrer da década de 90, inicialmente abordado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1991, porém considera-se que esta norma descaracterizou os principais objetivos do SUS, pois redefiniu a lógica de organização do sistema e contrariou o princípio da integralidade, ao manter a lógica de compra de serviços privados de saúde do INANPS (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989) e foi colocada ênfase nas atividades curativistas, não prevendo remuneração para ações de promocionais e preventivas. (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). Em 1992, na X CNS, a municipalização da saúde foi preconizada como indispensável para a efetiva implementação do SUS, sendo que das discussões realizadas nesta conferência, foi elaborada, em 1993, outra NOB, que estabeleceu um processo gradual e flexível para as mudanças operacionais necessárias para a habilitação dos municípios quanto ao tipo de gestão. Das modalidades previstas pela NOB/93, apenas uma delas contribuía para a descentralização com autonomia para os municípios na organização do sistema de saúde, e em 1996, apenas 3% dos municípios estavam habilitados nesta modalidade. Perante este quadro, neste mesmo ano, foi elaborada a NOB/96, que possibilitou a autonomia dos municípios e estados para a gestão descentralizada, estabelecendo repasse financeiro regular e automático fundo a fundo, prevendo incentivos para a mudança do modelo de atenção à saúde e avaliação de resultados.

A NOB/96 foi implantada em 1998 e ao final dos anos 2000, a habilitação prevista por esta norma atingiu 99% dos municípios do País (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). A municipalização da saúde consolidou-se a partir da NOB/96, pois considerou o município “o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007). Logo, em 2001, foi publicada a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) que surge como estratégia necessária para complementar à descentralização e buscou através da regionalização ampliar o grau de interação entre os serviços de saúde municipais, de forma a obter os princípios da integralidade e da equidade (OUVERNEY, 2005). Esta teve por objetivo “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.” (BRASIL, 2001). Para atingir este objetivo, a NOAS, que foi replicada em 2002, propôs como uma de suas estratégias, a regionalização mediante elaboração e implementação

de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), na qual seriam definidas áreas geográficas, fluxos e pactuações entre os gestores de saúde, para assim organizar de forma efetiva uma rede hierarquizada e regionalizada. (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). O PDR passa a constituir um instrumento de planejamento regional considerando as particularidades de cada estado em concordância com os recursos disponíveis (DOURADO; ELIAS, 2011), pois é o meio pelo qual a estratégia de regionalização é pensada, definida, elaborada, implantada, monitorada e avaliada (OUVERNEY, 2005). Este planejamento regional pretendeu garantir à população acesso à saúde em qualquer nível de atenção, partindo da configuração de sistemas funcionais e resolutivos, nos quais os serviços de saúde se organizassem em uma rede hierarquizada com fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais bem estabelecidos (DOURADO, ELIAS, 2011).

Nessas circunstâncias, a ideia foi de que a responsabilização dos gestores deveria partir de um acordo de vontades, no qual os gestores das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas a serem atingidas, fixando o “pacto de gestão” (DOURADO; ELIAS, 2011). Este processo de divisão decisória só seria efetivo se os limites de delegação de poder fossem bem definidos e respeitados, favorecendo a visão integral da saúde, do sistema e do respeito ao cidadão, sendo que integralizar as ações do sistema seria justamente construir o “pacto de gestão” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

Em 2003, o CONASS solicitou ao MS uma revisão do processo normativo do SUS, pois já existia um consenso entre os gestores estaduais de que este processo necessitava contemplar a ampla diversidade e diferença encontradas no Brasil, construindo um modelo de atenção que atendesse a realidade de cada estado e região do país, com amparo da responsabilidade sanitária de acordo com os princípios do SUS. Assim, em 2004 o MS organizou uma oficina denominada “Agenda do Pacto de Gestão”, que contou com a participação do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASSEMS) e do MS, e este trabalho conjunto para a construção de consensos originou em 2006 a Portaria GM/MS nº 399, publicada em 22 de fevereiro, que definiu as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. No mesmo ano ainda foi lançada a Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, e a GM/MS nº 69814, que define a nova forma de transferência dos recursos federais destinados as ações e serviços de saúde (CHELBI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010).

O Pacto pela Saúde, construído com base nos princípios do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, implica, para sua efetiva implementação, no exercício simultâneo das prioridades articuladas e integradas nos três componentes que o compõem: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006A). O Pacto de Gestão define a responsabilidade dos gestores em cada esfera do governo, tentando reduzir as competências concorrentes entre eles, fortalecendo assim a gestão compartilhada e solidária do SUS (CHELBI; PAIVA; STEPHAN-SOUZA, 2010). Ele reafirma a regionalização como base do sistema de saúde e apresenta esta diretriz como eixo estruturante para a orientação da descentralização e as relações intergovernamentais (DOURADO; ELIAS, 2011). O Pacto de gestão ainda define regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, onde os gestores às identificam a partir de suas identidades culturais, econômicas e sociais, sendo esta região de saúde ainda responsável pela organização da rede de ações e serviços de saúde, para assim garantir que os princípios do SUS de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado sejam cumpridos (BRASIL, 2006A).

Neste contexto, o Ministério da Saúde, divulgou documento, em que destaca a regionalização como processo desenvolvido por meio de redes integradas de atenção à saúde, ou seja, ressalta a importância da construção de sistemas de saúde efetivos e eficientes quando organizados como redes regionalizadas de atenção à saúde, definindo-as como “estruturas integradas de provisão de ações e de serviços de saúde institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos” (BRASIL, 2008).

3.1.2. Redes de atenção à saúde no SUS

A ideia de rede de saúde surge como uma estratégia para enfrentamento da extrema verticalização do processo decisório na atenção à saúde, preconizado no modelo que antecedeu a implantação do SUS (TEVISAN; JUQUEIRA, 2007). Neste momento, o texto constitucional designa características ao sistema de saúde que impõem uma organização em rede, ou seja, determina o sistema de saúde como único, pois unifica todas as ações e serviços

de saúde em um só sistema, onde ele é executado de forma descentralizada, para garantir a integralidade da atenção com ações e serviços de diferentes níveis de complexidade (SANTOS; ANDRADE, 2011). Assim, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde propiciam uma estrutura adequada para a efetivação da integralidade da atenção, favorecendo a redução de custos ao racionalizarem de forma sistêmica a utilização de recursos (SILVA, 2011).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção em saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde com objetivos comuns, que permitem a oferta de uma atenção contínua e integral para determinada população. Estas ações e serviços de saúde são de diferentes densidades tecnológicas e quando integradas, por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade (BRASIL, 2010A). A rede de atenção visa melhorar a eficiência, racionalidade e expansão do serviço de saúde, melhorar o acesso, produzir economia, evitar duplicidade desnecessária e a repetição de exames e procedimentos já realizados (SANTOS; ANDRADE, 2011), além de promover a integração sistêmica de ações e serviços com provisão de atenção contínua, integral e de qualidade, responsável e humanizada, e também incrementar o desempenho do sistema na equidade, eficácia clínica e sanitária (BRASIL, 2010A).

A constituição de uma rede não se dá apenas a partir da interação, mas da forma como o serviço público é planejado, concebido, produzido e oferecido à população (MCGUIRE, 2002). Esta se caracteriza por estabelecer relações horizontais entre os pontos de atenção, que são espaços de oferta de serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade, com o centro de comunicação na APS, que centraliza as necessidades de saúde de uma população, responsabiliza-se pela garantia da continuidade do cuidado, pelo cuidado multiprofissional e compartilham objetivos e compromissos com os resultados econômicos e sanitários (BRASIL, 2010A).

Para organização em rede são necessários três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Uma característica essencial da rede de atenção é a responsabilidade sanitária e econômica de determinada população, principalmente da atenção primária, pois é esta que realiza o processo de territorialização, o cadastramento de famílias, a classificação de riscos sociosanitários, a vinculação das famílias a uma unidade de saúde, e a identificação de subpopulações de risco ou de condições de saúde muito complexas. A estrutura organizacional é constituída pelos pontos de atenção interligados em rede, os pontos são a atenção primária, secundária e terciária, e a conexão entre eles deve ser

realizada por um centro de comunicação, que é o nó intercambiador que ordena os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde sendo representado pela atenção primária (unidades de saúde e ESFs) (MENDES, 2010). A APS possui um papel primordial como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos da atenção, seja secundários ou terciários, que visam suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte, sendo estes distribuídos nas regiões de saúde, atendendo critérios econômicos de escala e acessibilidade (SILVA, 2011).

Ainda quanto à estrutura operacional, a rede necessita de sistemas de apoio, que são locais de prestação de serviços comuns entre os pontos da atenção à saúde, podendo ser de apoio diagnóstico, assistencial farmacêutico, terapêutico e de sistemas de informação em saúde. Também são necessários sistemas logísticos e sistema de governança. A logística garante uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência, com troca de informações ao longo dos pontos da rede de atenção (MENDES, 2010) e os sistema de governança, que compreendem arranjos institucionais, organizações e atores sociais e políticos, permite a gestão de todos os componentes da rede, pois abrange atividade de coordenação, gerenciamento e financiamento da saúde visando construir propostas que motivem os participantes para a integração e transparência na gestão, possibilitando o controle social sobre os processos (MENDES, 2010; SILVA, 2011).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da rede de atenção à saúde, no qual se articulam as relações entre a população estratificada por riscos, o foco de intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias (BRASIL, 2010A). No Brasil, a predominância de condições crônicas de saúde levou à necessidade de mudança do sistema de atenção à saúde e, conseqüentemente, ao desenvolvimento dos modelos de atenção. Assim, existem modelos para atenção de condições crônicas e agudas (MENDES, 2010). A configuração do modelo de atenção deve contemplar a integração entre as ações de saúde, assim como a articulação da atenção primária com as diversas políticas de saúde, visando ampliar a transversalidade entre os programas específicos e o grau de integralidade da atenção (BRASIL, 2008).

As redes de atenção à saúde, direcionadas para danos crônicos e danos agudos diferem no papel da APS, pois na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, cumprindo o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa rede, mas

na rede de atenção as doenças agudas ela é um dos pontos de atenção às urgências e emergências. Neste sentido, para a implementação de uma rede de atenção é necessária uma mudança no modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre condições agudas e crônicas. No SUS, a ESF tornou-se o principal modelo de organização da APS, e por isso, a efetiva construção de redes de atenção à saúde vem se dando a partir do fortalecimento da atenção primária (BRASIL, 2010A).

A noção de organização dos serviços essenciais de saúde foi proposta em 1984, no glossário de termos utilizando na série “salud para todos”, em níveis de complexidade crescente, sendo os níveis estabelecidos como primário, secundário e terciário, diferenciando-se pelo grau de atividades desenvolvidas, de nível elementar até o mais especializado (SALUD PARA TODOS, 1984). No Brasil, a constituição do sistema de saúde considerou estes níveis, sendo o nível primário caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação a nível ambulatorial e composto por estabelecimentos de saúde como os Postos e Centros de Saúde. Ao nível secundário caberiam, além das atividades do nível primário, atividades assistenciais em quatro especialidades médicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, e também especialidades estratégicas nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Compõe este nível os ambulatórios gerais, unidades mistas, hospitais locais e regionais. Do nível terciário que possui maior capacidade resolutiva para casos mais complexos fazem parte os ambulatórios de especialidades e hospitais especializados. (BRASIL, 1981).

Estes níveis de complexidade foram pensados como uma pirâmide hierarquizada de serviços, nas quais, existiriam fluxos ordenados de pacientes, tanto de baixo para cima, quando de cima para baixo, utilizando-se dos sistemas de referência e contrarreferência, para que as necessidades de saúde fossem manejadas nos espaços tecnológicos adequados (CECÍLIO, 1997). A integração dos serviços de saúde significa coordenação e cooperação entre os prestadores de serviços assistenciais para criação de um sistema de saúde (LEATT; PINK; GUERRIERI, 2000). Nos países da América Latina, onde a fragmentação do sistema de saúde, caracterizado por uma oferta de atenção primária seletiva fragilizou a constituição de redes assistenciais, as principais estratégias para integração dos sistemas de saúde relacionam-se com a territorialização dos serviços e adscrição da clientela, informatização da história clínica, centrais de marcação de consulta, especialistas para apoio na atenção primária, criação de redes, entre outros (CONIL; FAUSTO, 2007). Neste sentido, a coordenação dos níveis assistenciais significa a articulação de diversos serviços e ações de

saúde, de forma que, independente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados em busca de um objetivo comum (NUÑEZ; LORENZO; NAVERRETE, 2006).

Os sistemas integrados em saúde têm como representação uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas. Existe uma primeira dimensão da integração que é a funcional, em que as práticas clínicas são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar articuladas no tempo e no espaço, que conforme os conhecimentos disponíveis apoiam-se em estratégias de gestão, de financiamento e de informações, sendo orientadas por um sistema de informação ágil e flexível que é capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros (HARTZ; CONTRANDRIOPOULOS, 2004).

A integração normativa visa garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores com a integração funcional. Já a integração sistêmica visa garantir a coerência entre as diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação (organização, território, região, estados, etc.) (CONTRANDRIOPOULOS *et al.*, 2004). Assim, a existência de uma rede integrada, desde a atenção primária até os serviços de maior densidade tecnológica, ou seja, a coordenação assistencial que seria um atributo organizacional dos serviços de saúde reflete-se na percepção de cuidado contínuo na perspectiva dos usuários (ALMEIDA *et al.*, 2010).

O cuidado contínuo é previsto pelo princípio da integralidade, que possui três sentidos: o primeiro refere-se ao seu sentido vertical, e busca captar holisticamente as necessidades de saúde do usuário, identificando o que pode beneficiar a saúde destes nos seus contatos com os diversos pontos do sistema. O segundo remete ao sentido horizontal, e evidencia que as necessidades de saúde do usuário não são respondidas em um único contato com o sistema, mas em contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades. Já o terceiro sentido diz respeito à interação entre políticas públicas, em que as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo contemplar as políticas de outros setores que influenciam nos determinantes de saúde-doença (MATTOS, 2001).

3.2 Projeto assistencial: contrarreferência do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para as Estratégias de Saúde da Família da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

De acordo com a Pactuação Municipal de Saúde, o HCPA e a Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) devem desenvolver ações de saúde de forma articulada. Frente a isso, estes serviços desenvolveram, em parceria com o PET-Saúde da UFRGS, um projeto de contrarreferência. Este projeto está cadastrado como Projeto de Extensão da UFRGS, sob o número 18722, e também como um projeto assistencial do SE do HCPA.

A integração entre estes dois serviços foi realizada pela coordenação do PET-Saúde da UFRGS, que estava desenvolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão nos distritos GCC, que são os distritos assistenciais da UFRGS, envolvendo alunos de graduação e pós-graduação, assim como docentes. Além disso, a UFRGS tem como hospital escola o HCPA, o que favoreceu o encontro e comunicação entre os dois serviços para assim determinarem como seria realizada a contrarreferência.

O projeto de contrarreferência iniciou-se como um projeto piloto e partiu de uma proposta da equipe de Medicina Interna e Emergência (EMEI). Esta unidade foi criada pelo SE, em parceria com o Serviço de Medicina Interna, para internação de usuários oriundos da emergência do HCPA com o intuito de reduzir a superlotação do serviço. Para ser encaminhado para esta unidade, o usuário passava por uma avaliação multiprofissional e deveria possuir diagnóstico específico que pudesse ser tratado em até cinco dias. Estes diagnósticos consistiam em: insuficiência cardíaca congestiva descompensada, doença pulmonar obstrutiva crônica que não compensou, pielonefrite aguda com febre persistente, erisipela sem melhora clínica, Diabete Mellitus com infecção, pneumonia, trombose venosa profunda. Não estava previsto o atendimento de usuários frequentes do serviço, portadores de patologias psiquiátricas, alcoolistas ou pacientes que se encontrassem em alguma situação patológica que prolongasse seu tempo de permanência na Unidade EMEI.

Os usuários da unidade EMEI deveriam ter prioridade na realização e resultado de exames e acompanhamento diário de uma equipe multiprofissional para agilizar o tratamento, visando à alta precoce deste usuário. Esta unidade foi considerada na proposta de contrarreferência porque muitos usuários em leitos EMEI possuíam perfil de cuidados que poderiam ser realizados na atenção primária, mas por não possuírem esta garantia de continuidade do cuidado permaneciam nas emergências. Com isto, havia a necessidade de um contato com os serviços da atenção primária para agilizar a alta deste usuário e por também possuir a atuação diária dos profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

Assim, o projeto de contrarreferência foi desenvolvido após contato com a EMEI, com a equipe multiprofissional e chefias do SE do HCPA e com a gerente distrital dos distritos GCC

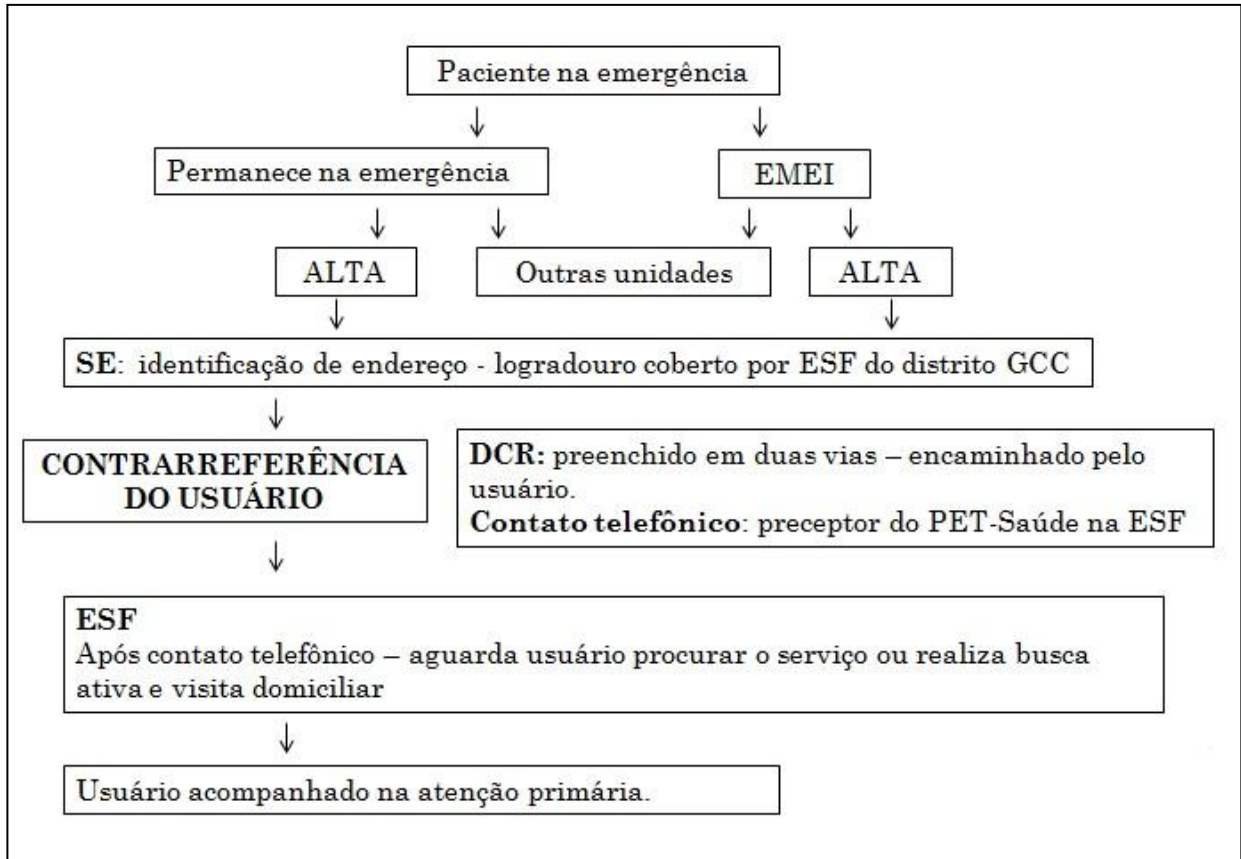
e coordenadores das ESFs envolvidas. Após reuniões, entre o SE e a gerência distrital, um documento de contrarreferência (DCR) foi elaborado e o fluxo de contrarreferência foi determinado, passando pela avaliação e aprovação dos profissionais de ambos os serviços.

Nesta proposta foram incluídos os usuários que estavam internados na unidade EMEI e àqueles que estavam na Sala de Observação 2 (SO2) do SE. Nesta definição foi considerada a possibilidade da implantação deste projeto, considerando setores que possuíam a atuação permanente de profissionais da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do HCPA, que eram os profissionais residentes, os profissionais preceptores, além dos professores tutores da RIMS, como forma de dar início a contrarreferência na instituição.

Participavam do PET-Saúde da UFRGS na rede básica dos distritos GCC apenas as ESFs conforme recomendação do Ministério da Saúde, e nestas unidades os profissionais de saúde atuavam como preceptores do PET-Saúde. Nas ESFs os preceptores eram médicos e enfermeiros, que trabalhavam de forma articulada com os preceptores de outras profissões da saúde como nutricionista, educador físico, assistente social, fisioterapeuta e farmacêutico.

Após estas considerações, o fluxo de contrarreferência descrito na Figura 1 ficou estabelecido da seguinte forma: o usuário que chegasse à emergência ou era internado na unidade EMEI ou permanecia na emergência, especificamente na SO2. Momentos antes de sua alta, seu endereço era identificado para ver se residia em algum logradouro coberto pelas ESFs da Gerência Distrital GCC. Se este usuário fosse pertencente à área de abrangência destas ESFs, era preenchido o DCR e entregue ao usuário, junto com o sumário de alta. O paciente era orientado a procurar a ESF, já identificada na documentação que ele recebia, para realizar a continuidade do cuidado. Para a contrarreferência ser efetiva, era realizado contato telefônico com o preceptor médico(a) ou enfermeiro(a) da ESF, a fim de comunicar que o paciente esteve na emergência e que já estava de alta e informar qual foi o atendimento prestado na emergência e os cuidados que poderiam ser realizados na atenção primária

Figura 1: Fluxo de contrarreferência entre o Serviço de Emergência do HCPA e as ESFs da Gerência Distrital GCC estabelecido pelo projeto.



Fonte: autora, 2011.

Após o contato telefônico, a ESF deve aguardar que o usuário, ou alguém que o represente, procure a unidade com a documentação fornecida na emergência do HCPA, e conforme a condição de saúde do usuário, previamente informada pelo contato telefônico com o profissional da emergência, agende consulta médica ou de enfermagem ou realize uma visita domiciliar. Caso o usuário não compareça em dois dias, a ESF deve providenciar uma busca ativa. Com o documento de contrarreferência em mãos, a ESF deverá preencher os dados referentes aos cuidados que foram prestados prestou ao usuário.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Um estudo qualitativo é baseado em experiências reais das pessoas que conhecem em primeira mão o fenômeno estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Assim, a abordagem qualitativa possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos (MINAYO, 2004).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) um estudo descritivo tem o propósito de observar, descrever e explorar os aspectos de uma situação, sendo a vantagem deste tipo de estudo, ser bastante realista e capaz de ampliar nossa compreensão sobre o fenômeno estudado. Para Triviños (1987) o estudo exploratório é aquele que permite ao investigador aumentar a sua experiência, aprofundando seu estudo e adquirindo um maior conhecimento a respeito de um problema.

4.2 Cenário do Estudo

Este estudo teve como cenário o Serviço de Emergência do HCPA e as ESF da Gerência Distrital GCC do Município de Porto Alegre.

4.2.1 Serviço de Emergência do HCPA

O HCPA localiza-se no bairro Santa Cecília e faz parte do Distrito Centro. É um hospital público, geral e universitário, e atende cerca de 60 especialidades, disponibilizando desde os procedimentos mais simples até os mais complexos a uma clientela composta, principalmente por pacientes do SUS. O HCPA é vinculado academicamente a UFRGS, e disponibiliza sua

estrutura para o desenvolvimento de atividades de ensino nos níveis médio, de graduação e pós-graduação, contribuindo para a formação de profissionais altamente qualificados.

O Serviço de Emergência do HCPA oferece atendimento adulto e pediátrico. O SE adulto, contexto deste estudo, possui 49 leitos cadastrados junto ao gestor municipal. No momento da coleta de dados estava estruturado da seguinte forma: Acolhimento e Classificação de Risco; consultórios; SIB com 18 leitos; Sala de Observação 1 (SO1) e SO2 com 36 leitos; UV com 5 leitos e USI com 4 leitos (HCPA, 2011).

Atualmente, o SE possui a Classificação de Risco de Manchester e divide-se em Acolhimento com avaliação e classificação de risco, Unidade de Observação Verde, Unidade de Observação Laranja, Unidade de Internação e Unidade Vascular (HCPA, 2013).

4.2.2 Estratégia de Saúde da Família na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal

O gerenciamento do sistema de saúde no município de Porto Alegre é realizado em 8 regiões, que são as Gerências distritais Centro, Humaitá-Navegantes/Noroeste/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal, Centro Sul/Sul, Lomba do Pinheiro/Partenon, Restinga/Extremo Sul.

Na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal o distrito Glória abrange os bairros Belém Velho, Cascata e Glória, o distrito Cruzeiro abrange os bairros Medianeira e Santa Tereza, e o distrito Cristal abrange o bairro Cristal. Os serviços de saúde que se localizam nesta gerência são municipais e fazem parte do SUS, oferecendo atenção a todos os cidadãos residentes em sua área de abrangência (OBSERVA POA, 2012).

No momento da realização deste estudo, faziam parte desta gerência os seguintes serviços: 14 ESFs, cinco destas com equipes duplas, totalizando 19 equipes de ESF, nove Unidades Básicas de Saúde e um Ambulatório Básico, localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC), que também é um centro de assistência de nível secundário.

Esta gerência distrital foi selecionada por abranger os distritos assistenciais da UFRGS, que é uma Universidade Federal vinculada ao HCPA, e que, portanto conta com a atuação de professores e alunos de graduação e pós-graduação neste território. Além disso, de acordo com a pactuação do município, os distritos GCC têm como hospital de referência o HCPA, e, portanto, o HCPA deve contrarreferenciar os usuários residentes nesta região para os serviços de atenção básica desta gerência.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram profissionais de saúde do SE do HCPA e das ESFs dos distritos GCC do município de Porto Alegre que participaram da contrarreferência, encaminhando no primeiro caso ou recebendo o paciente no segundo. Para profissionais do SE foram considerados os residentes da RIMS com ênfase em adulto crítico, que atuavam no SE naquele momento, e outros profissionais que compõem a equipe multidisciplinar do serviço e que em algum momento participaram da contrarreferência. Nas ESFs foram considerados os médicos e enfermeiros preceptores do PET-Saúde.

No SE, dos 12 residentes da RIMS com ênfase em Adulto Crítico, foram selecionados oito profissionais, dentre eles dois enfermeiros, dois nutricionistas, dois psicólogos e dois assistentes sociais, por terem realizado a contrarreferência. Além disso, foram selecionados dois preceptores que estavam auxiliando os residentes da RIMS neste processo. A RIMS é um dos programas de qualificação dos profissionais de saúde do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde; tem característica multiprofissional, sendo que no HCPA são atuantes os profissionais da enfermagem, psicologia, farmácia e assistência social. A RIMS tem duração de 2 anos e constitui-se de módulos teórico-práticos. Além disso, a RIMS disponibiliza preceptores em modalidades de professor e preceptor, que são assumidos por trabalhadores da instituição na qual o programa se insere (HCPA, 2012A).

Na ESF, dos 24 profissionais de saúde médico e enfermeiro que pertenciam ao Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) da UFRGS, 11 foram selecionados, por ter realizado a contrarreferência. O PET é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, tendo como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade. O PET conta com a atuação de profissionais dos serviços de saúde, acadêmicos e professores de diversos cursos da área da saúde vinculados às universidades (BRASIL, 2011D).

A população estudada foi definida por saturação, que é uma ferramenta frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde. Conforme a literatura, a saturação das informações costuma ocorrer após a realização de 9 a 11 entrevistas (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008). Foram entrevistados sete

profissionais de saúde do SE do HCPA e sete profissionais de saúde das ESFs, tendo este número sido considerado suficiente para a saturação teórica das informações.

4.4. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada com a entrevista semidirigida no período de maio à junho de 2012. A entrevista na pesquisa qualitativa é um encontro interpessoal para obtenção de informações, a fim de gerar conhecimentos novos sobre vivências humanas. A entrevista semidirigida serve de roteiro para o encontro entre o entrevistador e o entrevistado, sendo altamente dinâmica (FONTANELA; CAMPOS; TURATO, 2006).

O procedimento para a coleta dos dados ocorreu em duas etapas: primeiro foram identificados os usuários contrarreferenciados por meio de uma via do DCR (anexo A) que permanece em posse do SE do HCPA. Assim, foi alimentada, pela pesquisadora, uma ficha de acompanhamento dos usuários contrarreferência dos (apêndice A) com a finalidade de identificar os profissionais que seriam entrevistados.

A ficha continha os seguintes dados: nome do usuário, nome do profissional do SE que realizou a contrarreferência por telefone, nome do profissional que preencheu o DCR, nome do profissional da ESF que recebeu o encaminhamento do usuário e a data que foi realizada a contrarreferência.

A segunda etapa consistiu no agendamento das entrevistas com os profissionais ou residentes que realizaram encaminhamentos para a atenção primária e com o(s) profissiona(is) que recebeu(ram) o encaminhamento na ESF. As entrevistas ocorreram em local e horário previamente combinado com os profissionais do SE da emergência e da ESF.

A entrevista semidirigida com os profissionais do SE (apêndice B) teve como questões norteadoras: Como você está fazendo a contrarreferência? Como está sendo realizada a contrarreferência? Quais facilidades e/ou dificuldades que você encontrou para realizar a contrarreferência? Foram necessárias mudanças na organização do serviço para realização da contrarreferência? Houve mudanças nas relações de trabalho para se realizar a contrarreferência? Consideras que houve repercussões para o serviço? Como ocorreu o processo de comunicação com a atenção primária? E com o usuário?

Com os profissionais da ESF (apêndice C) foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: Como está ocorrendo a contrarreferência? Quais facilidades e/ou dificuldades encontradas para receber o usuário contrarreferenciado? O registro escrito ou a comunicação por telefone com os profissionais do SE tem auxiliado no planejamento do cuidado? Foram necessárias mudanças na organização do serviço em decorrência da implantação da contrarreferência? Quais? E nas relações de trabalho? Quais? Houve repercussões para o serviço? Quais? Como ocorreu o processo de comunicação com os profissionais do SE do HCPA? E com o usuário? Quais as ações de cuidado foram realizadas em decorrência da contrarreferência?

4.5 Análise dos Dados

Foi realizada a análise temática proposta por Minayo (2004), que é uma das técnicas de análise de conteúdo. Esta foi feita em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A “pré-análise” compreendeu a retomada dos objetivos e hipóteses iniciais e a elaboração de indicadores para orientar a interpretação final das informações. Nessa fase foram estabelecidas a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, os recortes, o modo de categorização e de codificação e os conceitos teóricos que orientaram a análise. Nesta fase utilizou-se a leitura flutuante do conjunto das comunicações, para organizar o material segundo normas que o validassem, como a exaustividade, a representatividade do universo pretendido, a homogeneidade e a pertinência dos documentos analisados para dar resposta aos objetivos do trabalho; e na formulação de hipóteses e objetivos.

A fase de “exploração do material” consistiu na operação de codificação. Inicialmente o texto foi recortado em unidades de registro (frases, palavras, temas, etc.), conforme estabelecido na pré-análise. Após, foram escolhidas as regras para contagem que permitissem alguma forma de quantificação e, por último, as informações foram classificadas e agregadas de acordo com categorias teóricas ou empíricas escolhidas para comandar a especificação dos

temas. Na fase de “tratamento dos resultados obtidos e interpretação” as inferências foram propostas e interpretadas a partir dos referenciais teóricos previstos pelo pesquisador.

4.6. Aspectos éticos

Para realização da entrevista os sujeitos receberam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (apêndice D), que foi lido pela pesquisadora, após ter sido explicado o objetivo da pesquisa, quando foi informada a possibilidade de recusar-se a participar ou desistir em qualquer momento do estudo.

O anonimato dos profissionais foi mantido, assim como a confidencialidade das informações, a fim de preservar a privacidade dos participantes. Para manter a privacidade das falas dos profissionais foram utilizados códigos conforme o seu local de trabalho, sendo que para a ESF, estes foram denominados PESF1, PESF2 e assim por diante, e os profissionais do SE foram denominados PSE1, PSE2 e assim por diante. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. As transcrições serão guardadas em local seguro por cinco anos e após este período serão destruídas.

Foram respeitados os princípios éticos, seguindo as orientações da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996). Para utilização dos dados do DCR obteve-se um termo de responsabilidade para utilização de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (anexo B).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e os dados coletados após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (anexo C) protocolo número 10881 e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Porto Alegre (anexo D), com registro número 755 e processo número 001.005872.12.7.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados e discutidos de acordo com categorias apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 2 – Descrição das categorias e subcategorias encontradas neste estudo, Porto Alegre, 2012.

Categorias	Subcategorias
<p>“Uma reorganização para podermos manter o sistema de saúde funcionando” – como os serviços se organizaram para operacionalizar a contrarreferência.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A contrarreferência como mecanismo. 2. Organização do serviço para viabilizar a contrarreferência. 3. Dificuldades organizacionais para a contrarreferência.
<p>“A base de tudo é a comunicação e nós podemos estar aprimorando isso” – a comunicação no processo de contrarreferência.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicação entre os níveis de atenção. 2. Dificuldades de comunicação entre os níveis de atenção. 3. Comunicação entre profissionais do HCPA. 4. Comunicação entre profissionais da ESF e com a Rede de Atenção. 5. Comunicação com o usuário.
<p>“Somar os conhecimentos, trocar experiências e decidir conjuntamente” – a organização do trabalho e o estabelecimento das relações profissionais.</p>	
<p>“Ver que tem uma rede que se pode estar integrando com o atendimento” – a integração entre os serviços de saúde.</p>	
<p>“Saber o que aconteceu com o usuário [no serviço e emergência]” – a continuidade da atenção como desfecho da contrarreferência.</p>	

Fonte: autora, 2012.

5.1 “Uma reorganização para podermos manter o sistema de saúde funcionando” – a organização dos serviços para operacionalizar a contrarreferência.

Nesta categoria a organização do serviço é abordada no seu sentido estrutural, ou seja, na forma como as tarefas são distribuídas entre os setores do serviço e o meio de coordenação entre eles. Foram classificadas três subcategorias: A contrarreferência como mecanismo; A organização dos serviços para viabilizar a contrarreferência; e Dificuldades organizacionais para a contrarreferência.

5.1.1 A Contrarreferência como mecanismo.

O mecanismo de contrarreferência foi implantado no SE a partir de um projeto, que foi desenvolvido junto com o PET-Saúde, e determinou como seria iniciado este mecanismo.

“foi feita toda uma programação junto à emergência, com a participação dos representantes do PET da Escola de Enfermagem da UFGRS, e foi feito um projeto de como iria acontecer essa nova modalidade na emergência.” PSE1.

O projeto de contrarreferência abrangia os pacientes de alguns setores do SE e também àqueles da EMEI, porém, foi necessária uma adequação, pois a EMEI não estava mais em vigor no momento em que a contrarreferência foi iniciada.

“após a EMEI ser extinta, nós incluímos somente os pacientes da internação e da sala laranja do SE.” PSE1

Dentre os usuários incluídos, foram identificados, a partir do endereço que constava no prontuário, àqueles que residiam no Distrito Glória, Cruzeiro e Cristal, e assim verificados quais pertenciam à área de abrangência das ESF deste distrito. Os entrevistados afirmaram ter feito esta busca manualmente, utilizando listas, disponibilizadas pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, que continham os endereços do distrito em questão e à qual ESF eles pertenciam. Assim, identificava-se a ESF para onde deveriam contrarreferenciar os usuários.

“Os pacientes que faziam parte do glória/cruzeiro/cristal foram identificados através do prontuário.” PSE2.

“A identificação dos endereços era realizada manualmente (...) em nível de pesquisa no sistema informatizado, localizávamos o endereço, e aí procurávamos a ESF a que o usuário pertencia.” PSE1.

Com a identificação do endereço e da ESF, os entrevistados afirmam ainda confirmarem estas informações com o usuário, pra verificar se ele realmente residia no endereço informado e se conhecia ou possuía algum vínculo já estabelecido com a ESF da região. Após a confirmação destes dados, a equipe médica era procurada para que, em conjunto, identificassem os cuidados que deveriam ser encaminhados com a contrarreferência, e também para todos da equipe estarem cientes do provável momento de alta do usuário.

“nós confirmávamos o endereço do paciente com ele (...) e se conversava com a equipe médica que estava atendendo o paciente para ver qual que ia ser a necessidade no momento da alta, e também para sabermos quando eles pretendiam dar alta para o usuário.” PSE2.

Uma das formas de contrarreferenciar o usuário, previsto pelo projeto, foi o contato telefônico, assim, todos os profissionais do SE afirmaram ter entrado em contato com a ESF pelo telefone para encaminhar as necessidades de cuidado do paciente, como exemplificado na fala a seguir: *“nós fazíamos a ligação para os postos de saúde para então encaminhar, avaliando as demandas desses pacientes.”* (PSE3). Esta forma de encaminhamento foi confirmada pelos profissionais da atenção primária, que afirmaram ter recebido o encaminhamento do usuário pelo contato telefônico.

“A gente ficou sabendo mesmo dessas informações com o contato telefônico lá do Hospital de Clínicas”. PESF1.

“Ela chegou até nós através do contato telefônico” PESF2.

Corroborando esta forma de comunicação e de viabilização da contrarreferência, Núñez, Lorenzo e Navarrete (2006) afirmam que o contato telefônico é utilizado, tradicionalmente, por serviços que possuem um trabalho interdisciplinar, sendo este um instrumento de coordenação assistencial entre os níveis de atenção.

Foi relatado um caso em que o usuário procurou a ESF antes do contato telefônico do SE. Tratava-se de uma gestante usuária de *crack* que havia evadido do hospital, e antes de

fugir, já havia recebido as orientações quanto à procura pela ESF e informada de que o SE entraria em contato com este serviço.

“A paciente já havia sido informada de que o HCPA entraria em contato conosco e ela sabedora disso veio até a unidade relatando o que havia ocorrido.” PESF3.

Dentro desta contextualização, percebe-se na fala acima a existência do vínculo entre o usuário e o serviço da atenção primária, uma vez que este buscou a ESF antes mesmo do contato do SE, pois sabia que isto iria ocorrer. Esta situação reflete a importância dada pelo usuário à ESF, relacionada ao receio de perder o atendimento ou mesmo de ser excluída do sistema de serviços de saúde. Possivelmente, no caso relatado, a usuária, que já era conhecida na ESF, acreditou que, por ter fugido do hospital, os profissionais do SE não fariam o contato telefônico e então ela perderia o atendimento na ESF. Esta situação reflete o que Cecílio (2001) considera a respeito do vínculo entre o usuário e o profissional, que é muito maior do que a adesão do usuário ao serviço ou sua inserção em um programa de saúde, compreendendo o estabelecimento de uma relação contínua que permite o encontro das subjetividades.

No caso citado a paciente buscou o serviço por vontade própria, o que demonstra a autonomia proporcionada a ela pelo vínculo estabelecido com os profissionais da ESF, o que permite que eles proponham projetos terapêuticos de acordo com a realidade do usuário, podendo determinar sua adesão ao tratamento, assim, o vínculo permite ao usuário tomar decisões sobre o seu processo de saúde-doença (MORAES; BETOLUZZI; HINO, 2011).

No contato telefônico, os profissionais do SE solicitaram falar com o profissional vinculado ao PET-saúde para então encaminhar o usuário. Este procurou por um profissional responsável, pois isto também foi previsto no projeto, visto que existiam profissionais que se comprometerem com o desenvolvimento da CR.

“Quando a gente liga, a gente informa do programa de contrarreferência e pergunta se tem algum responsável pelo programa.” PSE4.

“o contato é feito com o profissional de referência do PET nesse posto de saúde.” PSE6.

A contrarreferência buscou a integração dos serviços visando dar continuidade ao atendimento de saúde oferecido ao usuário, garantindo assim o acesso à saúde em todos os

níveis de atenção. No entanto, para que isto ocorresse, foi necessário o engajamento dos profissionais envolvidos com o cuidado do usuário. Assim, para desenvolvimento do projeto, cada ESF contou com o apoio de um profissional de referência, que recebeu as demandas dos usuários contrarreferenciados e as repassou para a equipe de saúde.

Isto se deve ao fato de que os profissionais das ESF trabalham inseridos em um modelo assistencial que preconiza o vínculo com o usuário, e por isto desenvolveram uma característica necessária para o sucesso da integralidade que é o acompanhamento do usuário em todos os seus estágios da vida e no meio social no qual este se insere, tendo um perfil profissional que favoreceu sua atuação no desenvolvimento da contrarreferência.

A existência de profissionais que se comprometeram na ESF em receber os encaminhamentos, e dos profissionais do serviço hospitalar que também se responsabilizaram por este usuário no momento de sua alta, buscou garantir o contato com o profissional responsável pelo serviço de saúde, no qual o usuário iria continuar seu tratamento.

Esta aproximação entre profissionais gera, de acordo com Delfini e Reis (2012), o estabelecimento de laços pessoais, criando canais para contato sempre que necessário. Estes autores também consideram que a rede de atenção integral, mesmo que composta por serviços e recursos do território, é construída pelas pessoas que atuam nestes serviços e dependem das conexões e vínculos estabelecidos para atingir um objetivo comum. Assim, a contrarreferência depende de relacionamentos pessoais para que exista um trabalho compartilhado entre duas equipes e também na rede como um todo.

Outra forma de contrarreferência foi a utilização de um DCR, contendo as mesmas informações passadas por telefone, e do sumário de alta, fornecido pelo hospital no momento da alta, para serem entregues à ESF através do usuário, ou seja, ele era orientado a levar o documento até a unidade de saúde, como uma forma de garantir que as informações da internação e dos cuidados necessários para o tratamento do usuário, também fossem registradas.

“É enviada uma guia do documento com a paciente, com as demandas, com o tratamento realizado e a história clínica, e também com o profissional identificado, enfim com tudo aquilo que a gente passou pelo telefone. Foi também por escrito nesse documento qual era a ESF que ele deveria procurar e com quem falar.” PSE4

Estes documentos visaram contemplar a necessidade de registro das ações de saúde, estando de acordo com o previsto na Carta de Direitos dos usuários do SUS. Esta afirma que o

usuário tem direito a uma atenção contínua em serviços de menor ou maior complexidade e que os encaminhamentos para outras unidades devem conter informações legíveis que descrevam sua história clínica, hipóteses diagnósticas, tratamento realizado e motivo do encaminhamento, além de identificar a unidade de referência, a unidade para o qual foi referenciado e também o profissional responsável pelo encaminhamento (BRASIL, 2007B).

No entanto, apenas uma ESF afirmou que recebeu o DCR e o sumário de alta do usuário, as outras ESFs não tiveram acesso a este documento como é referido a seguir: *“disseram que ele seria encaminhado para cá com um documento de contrarreferência e sumário de alta, mas ele veio sem esses documentos.”* PESF3.

O DCR, que no projeto assistencial constituía uma forma de comunicação entre os profissionais de saúde, não chegou, na maioria dos casos, até a ESF. Ressalta-se que o usuário tem o dever de fornecer as informações necessárias para seu atendimento quanto a consultas realizadas, hospitalização, enfermidades, alergias e uso de medicamentos, além de ter sempre disponível os documentos e resultados de exames que estão em seu poder, para serem apresentados nos serviços de saúde que lhe fornecem assistência, sempre que necessário (BRASIL, 2007B).

Assim, embora haja preocupação dos profissionais de saúde com a utilização do DCR e sumário de alta e em garantir que o usuário tenha seus direitos respeitados, por parte dos usuários não houve a entrega dos documentos, evidenciando a necessidade de orientá-los quanto ao cumprimento de seus deveres como cidadãos.

A forma como o DCR e o sumário de alta foram utilizados no projeto implicou na responsabilização do usuário pelos seus documentos de saúde. No entanto, este nem sempre possui consigo exames e registros que fundamentam seu histórico de saúde. Esta falta de cuidado que o usuário demonstra com seus documentos de saúde, também foi observada por Veloso et al. (2011), ao avaliarem os motivos de abandono do tratamento antirrábico humano, pós-exposição, no município de Porto Alegre. Os autores identificaram que 28,2% dos entrevistados apresentaram a carteira de vacina no momento da entrevista, e o percentual de abandono do tratamento foi maior entre aqueles sem a carteira de vacinação.

No contato telefônico, de acordo com os profissionais entrevistados no SE, era informado a existência do DCR, encaminhado via usuário: *“entrando em contato com a equipe da ESF informávamos que iríamos fornecer ao usuário um documento, que também criamos aqui internamente, de contrarreferência.”* PSE1. Esta informação foi confirmada pelos entrevistados na ESF, que relataram que com o contato telefônico foram informados da

data da alta do usuário e que este receberia um DCR para entregar na ESF: *“Nós tivemos, por telefone, um aviso de que ele estava de alta e que viria a nossa unidade com um formulário da emergência.”* PESF4.

Frente a isto, salienta-se que o registro dos profissionais de saúde, seja em prontuários, ou encaminhamentos, é um importante meio de contato entre os profissionais de saúde. E de acordo com Azevedo et al. (2012) o ato de registrar é uma forma de documentar a assistência prestada e permite a comunicação entre todos os profissionais com todas as informações do paciente.

O conteúdo das informações, tanto passadas pelo contato telefônico quanto pelo documentos fornecidos englobaram questões a respeito dos motivos de internação, diagnósticos, cuidados prestados, e também necessidades identificadas a serem acompanhadas e tratadas na ESF, buscando unir os dois serviços em busca de complementaridade de ações de saúde.

“nós buscávamos avisar que o paciente estava internado e informar a provável data de alta, que era em breve (...) também conversamos para ver o que eles tinham para ser oferecido para o paciente de acordo com o que nós identificamos durante a internação e ver se eles tinham o que nós gostaríamos que fosse oferecido para o paciente.” PSE2.

No entanto, nem todas as informações foram realmente passadas pelo contato telefônico como previsto no projeto de contrarreferência. As falas confrontadas abaixo demonstraram a discordância entre alguns profissionais quanto às informações fornecidas e àquelas recebidas, evidenciando, em alguns momentos, a ineficiência do processo comunicativo falado.

“eu liguei para a estratégia de saúde da família e passei o caso clínico da paciente e forneci todas as informações referentes ao atendimento e quais cuidados ela necessitava.” PSE7.

“se as informações e cuidados clínicos não viessem pelo DCR, nós não iríamos saber de nada, as informações nem sempre foram passadas pelo telefone.” PESF4.

Percebe-se que a comunicação verbal foi falha em alguns momentos e que a comunicação escrita permitiu um atendimento adequado uma vez que forneceu informações necessárias para esta assistência. Neste contexto, os documentos de saúde proporcionam a descrição da evolução do paciente e subsidiam o planejamento para o atendimento do usuário.

Assim, segundo Azevedo et al. (2012), os registros são ferramentas indispensáveis para fornecer dados necessários a uma assistência de qualidade.

No entanto, apesar da importância atribuída ao registro de saúde, um contexto diferente tem sido observado. Uma pesquisa desenvolvida com enfermeiros demonstra uma desvalorização dos registros de enfermagem na prática cotidiana, frente à redução do número de registros realizados pelos enfermeiros, contribuindo assim para a própria invisibilidade deste documento e também para o empobrecimento das informações fornecidas sobre os cuidados prestados ao usuário, prejudicando assim a qualidade assistencial (PEDROSA; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Frente a este argumento, ressalta-se a necessidade da existência do DCR e a sua importância como forma de registro que contribui para a documentação da assistência que foi realizada. No presente estudo, o DCR foi preenchido em duas vias. Acredita-se que a via que foi encaminhada para a ESF estava preenchida com informações pertinentes, mas não se pode afirmar sua real natureza, pois na maioria dos casos este documento não chegou até os profissionais da ESF.

Ressalta-se também que, assim como as informações foram incompletas em alguns contatos telefônicos com a ESF, em outros, eles foram essenciais para que o planejamento do cuidado e atendimento ao usuário fosse realizado. Nas ESFs também foi afirmado que a informação sobre o tratamento, oferecido ao usuário no SE, foi repassada no telefônico.

“nós tivemos acesso, por telefone, a todas as informações do que estava sendo disponibilizado para ele.” PESF3.

Em um dos contatos, as informações passadas para a ESF foram bem sucintas. As falas abaixo retrataram como os encaminhamentos foram realizados por este profissional.

“não passei nenhuma orientação de cuidado.” PSE5.

“eu queria passar que o paciente tal, do prontuário tal está com previsão de alta.” PSE5.

“meu trabalho foi muito mais de dar a informação do que de fazer o matriciamento para que a contrarreferência acontecesse, pois não tinha nenhuma orientação de cuidado que fosse de competência da minha profissão.” PSE5.

Neste caso, não houve o entendimento de que a contrarreferência é um processo que deve ocorrer entre os níveis de atenção, independente do núcleo de saber do profissional que a realiza. Segundo Delfini e Reis (2012), a falta deste entendimento faz com que não exista compartilhamento do projeto terapêutico, mas sim a passagem de casos, que são avaliados isoladamente por cada equipe.

Este encaminhar sem se responsabilizar, em que o usuário é enviado de um serviço ao outro à procura de cuidados faz com que este acabe sem acolhimento algum. Neste contexto o ato de “dar informação”, como referido na fala anterior, é um encaminhamento desarticulado que gera ações fragmentadas, e isto inviabiliza o atendimento integral e transdisciplinar (LUCHESSÉ et al., 2009).

O matriciamento, citado na fala anterior, é um modelo de atenção ao usuário no qual a equipe de apoio matricial deve apoiar tecnicamente a de referência a fim de prover saúde integral a uma determinada população (BRASIL, 2004A). Assim, este modelo de atenção pode ser aplicado no desenvolvimento da contrarreferência, no entanto, evidencia-se que é necessária a qualificação dos profissionais para realizar e saber diferenciar estas duas modalidades de cuidado.

Frente à desarticulação e ausência de corresponsabilização do profissional de saúde, perde-se a potência do trabalho conjunto e a ampliação das possibilidades de cuidado daqueles que não utilizam um sistema integrado de saúde (DELFINI; REIS; 2012). Assim, somente informar que o paciente está de alta não significa contrarreferenciar e nem realizar um matriciamento, na verdade isto significa colaborar para a descontinuidade da atenção, fortalecendo um modelo fragmentado de atenção à saúde.

A falha na comunicação também foi indicada em uma ESF, na qual os profissionais afirmaram que *“a informação que foi fornecida pelo telefone foi só o nome do paciente (...) além do nome, o endereço e o telefone dele seriam bem aproveitados, pois nós não o encontramos.”* PESF5/ PESF6. Em outra ESF foi ressaltado que *“só foi informado que o paciente viria com um encaminhamento, mas não informaram que viria buscando uma consulta médica, um curativo e um ajuste de dose.”* PESF4.

As falas acima reafirmam o que foi evidenciado anteriormente, que a falta de informação e de responsabilização pelo cuidado do usuário junto a outros serviços de saúde e de outras categorias profissionais, caracterizados pelo ato de informar a alta e não se comprometer pelas ações de saúde designadas ao usuário, reflete em ações descontínuas, em

dificuldade de planejamento do cuidado e até de localizar o usuário em seu contexto social e econômico.

5.1.2 Organização do serviço para viabilizar a contrarreferência.

Sobre a organização do SE, para que fosse possível realizar a contrarreferência, os entrevistados afirmaram que não ocorreram modificações.

“não houve mudanças no serviço de emergência, nem no processo de trabalho dos trabalhadores deste serviço.” PSE6.

“de estrutura organizacional do SE infelizmente não modificou muito.” PSE3.

Estas afirmações baseiam-se no fato de que a equipe do serviço de emergência desconhecia o projeto de contrarreferência, ou não compreendem seu funcionamento, sendo assim, não se envolviam diretamente, resultando em nenhuma mudança ou readequação do serviço devido à contrarreferência.

“muitas vezes a enfermeira participava e tirava as listas de pacientes internados para a gente, mas não entendia muito bem o que a gente estava procurando ou o porquê de estarmos vendo isso.” PSE3.

Para os entrevistados, o envolvimento equipe da RIMS foi o que viabilizou o projeto de contrarreferência.

“não ocorreram modificações na equipe do serviço emergência (...) mas foi aproveitado o pessoal da residência que é uma atividade multiprofissional.” PSE7.

“as pessoas mais envolvidas nesse processo foram os residentes da RIMS e seus preceptores.” PSE1.

De acordo com as falas dos profissionais, observa-se que a RIMS ficou encarregada de realizar a contrarreferência, sendo esta desenvolvida como uma atividade da residência multiprofissional, buscando a avaliação do usuário em equipe, assim como o planejamento de sua alta e encaminhamento para outros serviços por meio da comunicação interprofissional. Este tipo de abordagem coaduna com a proposição da Residência Multiprofissional em Saúde, que de acordo com Peres et al. (2011), tem como orientação exercer uma abordagem global

do paciente, considerando os seus aspectos biossociais, e isto viabiliza a interlocução entre profissionais de diferentes áreas, estimulando o trabalho em equipe, buscando suprimir a fragmentação do cuidado decorrente da especialização da saúde.

O envolvimento mais direto de outros profissionais do SE com a contrarreferência não foi relatado, pois o projeto de contrarreferência foi previsto, desde de sua origem, como uma atividade da RIMS, por ser um projeto piloto, que buscava se consolidar no serviço, não tendo sido pautada a participação de todos os profissionais do SE naquele momento.

Assim os entrevistados consideraram que houve modificações apenas para os residentes RIMS, que foram os profissionais envolvidos na contrarreferência sendo estas adaptações necessárias para possibilitar a contrarreferência.

“A contrarreferência mudou a rotina dos residentes multiprofissionais.”
PSE6.

“Os residentes da RIMS acabaram tomando a contrarreferência diariamente, a gente teve que sentar e reorganizar toda a equipe multi para todos participarem disso.” PSE7.

A RIMS, como programa que envolve o mundo do trabalho com o mundo acadêmico, adaptou suas rotinas para que fosse possível desenvolver este mecanismo que, mesmo constituindo a base da tão preconizada rede de atenção à saúde, não está estruturado de forma adequada dentro das instituições de saúde. Além disso, este programa do Ministério da Saúde visa integrar o trabalho e a educação, buscando a incorporação das políticas ministeriais, discutidas amplamente no meio acadêmico e nos serviços de saúde.

Assim, as falas demonstram uma preocupação em desenvolver o projeto assistencial conjuntamente, buscando o envolvimento de todos os residentes e preceptores da RIMS. Este é o contexto das residências integradas que são constituídas por diferentes núcleos e campos profissionais, na qual existe a preservação dos conhecimentos específicos destas categorias profissionais, e a constituição de diálogo e coparticipação entre as áreas são fundamentais para fortalecer esta formação em saúde (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009).

A forma como a contrarreferência se organizou, de acordo com os entrevistados, estabelece que *“a contrarreferência normalmente fica a cargo de um profissional que estiver com mais tempo livre (...) depois ele passa para o resto”* (PSE4) e ainda afirmam que começaram a *“organizar os residentes por duplas, sempre uma dupla diferente, de núcleos diferentes.”* PSE6.

Devido à extensa carga horária cumprida pelos residentes da RIMS esperava-se que o trabalho, para identificar e avaliar os pacientes que seriam contrarreferenciados, fosse dividido. No entanto, conforme constatado nas falas acima, mesmo existindo uma divisão de tarefas, todas as informações sobre o usuários eram repassadas para a equipe da RIMS para que a tomada de decisão fosse conjunta. Estas ainda indicam o cuidado em não trabalharem sozinhos, demonstrando a importância atribuída pela equipe à assistência integral do usuário a partir de diferentes abordagens.

Este envolvimento da RIMS evidencia que há um processo sendo construído por meio de ética entre as diferentes disciplinas e do compartilhamento das diferenças entre os atores, saberes e fazeres, buscando se sobrepor a forma fragmentada de se fazer saúde (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2009).

Para os residentes *“quem estava realizando toda a busca, fazendo toda papelada e entrando em contato com a ESF eram os residentes da RIMS”* (PSE5) e *“essa falta de conhecimento falta de divulgação do projeto de contrarreferência no serviço dificultou bastante, porque acabou que só os residentes trabalharam nisso e se eles não estavam aqui se acabava perdendo o paciente.”* PSE6.

O princípio da integralidade engloba o fazer saúde como ação coletiva e não como trabalho fragmentado, no qual, o conhecimento é uma importante ferramenta para implementação de novas assumir a contrarreferência visa consolidar este projeto na instituição, uma vez que busca aproximar o trabalho do ensino por meio da problematização das ações cotidianas e da construção de espaços de discussão e de conhecimento inseridos em um modelo de atenção clínico e em um contexto de superlotação. formas de assistência (REIBNITZ et al., 2012). Frente a necessidade de mudança de um modelo curativista, para um modelo integral de atenção e a contrarreferência surge como meio de transformar as práticas dentro do SE, no entanto, segundo os depoimentos acima, permitem constatar que a contrarreferência, como projeto assistencial do SE, não está institucionalizado e por isto torna-se dependente da RIMS.

A RIMS, como programa ministerial, ao De acordo com Reibnitz et al. (2012), a consolidação da prática problematizadora, envolve todos os seguimentos humanos e estruturais que os compõem, permite a articulação do sistema de saúde com as instituições de ensino. Assim, a formação em serviço transforma as práticas educativas e assistenciais.

Quanto à organização do serviço nas ESFs, foi afirmado que a contrarreferência como está organizada não exigiu o desenvolvimento de mecanismos para atender aos usuários

contrarreferenciados, pois as ações de cuidado são previstas como atividades da equipe de saúde da família, como exemplificado na fala dos participantes:

“Na organização do serviço em si não houve mudanças, porque o que a gente pensou em fazer são atividades previstas e já desenvolvidas pela ESF.” PESF2.

A ESF como serviço componente da atenção primária à saúde tem como funções dentro da rede de atenção identificar riscos, necessidade e demandas de saúde por meio de diferentes tecnologias de cuidado e da clínica ampliada, buscando autonomia do indivíduo; planejamento e acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares, atuar como centro da comunicação entre os pontos da rede buscando integrar os serviços para promover uma gestão compartilhada da atenção integral; reconhecer as necessidades de saúde da população adscrita em seu território buscando organizar o atendimento do usuário a partir de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011E).

Neste contexto, e na percepção dos entrevistados, não foram necessários novos arranjos estruturais ou mudanças no fluxo de atendimento da ESF, pois estas já estão adaptadas às normativas legais para funcionamento do serviço, legislação esta que também fundamenta o mecanismo de referência e contrarreferência.

No entanto, mesmo afirmando que modificações organizacionais no serviço não ocorreram, quando questionados sobre as ações desenvolvidas a partir da contrarreferência, estes indicaram situações que evidenciaram mudanças, mas não foram percebidas pelos entrevistados. Isto pode evidenciar a falta de percepção dos profissionais da ESF quanto à forma como o serviço se organiza para produzir cuidado.

“Toda contrarreferência de qualquer pessoa, de hospital, de revisão, a gente encaixa, isso é prioridade.” PESF1.

“Então a gente sempre deu prioridade, a gente já tinha essa rotina de trabalho.” PESF2.

Esta priorização do atendimento implica em uma reorganização de recursos humanos e de ajuste de horário, porém, o fato de priorizar não foi visto pelos entrevistados como uma modificação na organização do serviço, mas sim como uma modificação do processo de trabalho em saúde.

De acordo com Merhy (2002), o processo de trabalho é determinado a partir de sua idealização pelo trabalhador, antes mesmo de sua execução, e o que se obtém é uma intenção do profissional, gerando a ação de cuidado que promove interação entre o trabalhador e o usuário, e ambos colocam nesta ação seus conhecimentos e representações, expressando também como o cuidado será produzido e recebido.

Assim, o processo de trabalho em saúde é conceituado como um espaço onde se relacionam o trabalho vivo, constituído de ações executadas pelos trabalhadores, em que se preservam a autonomia do indivíduo, sendo o espaço de decisão, utilização e articulação de saberes específicos, com o trabalho morto, que é aquele desenvolvido em momento anterior (ROSSI; SILVA, 2005).

Como parte deste processo, o cuidado insere-se dentro do contexto do espaço vivo, e assim, a priorização do atendimento dos usuários contrarreferenciados, mesmo necessitando de remanejamento de pessoal ou de horários de atendimentos, caracterizando uma modificação estrutural na organização do serviço, foi considerada uma mudança de processo de trabalho, de forma de cuidar, uma vez que é pela ação do trabalhador, a partir de sua avaliação do contexto em que este usuário é atendido, subsidiado em seus saberes e experiências, que a decisão de oferecer atenção prioritariamente àqueles que foram contrarreferenciados foi tomada.

Foi evidenciada a existência de outras modificações como as readaptações do serviço para direcionar os mecanismos de cuidado: *“na medida em que a gente teve que se reorganizar para poder lançar mão destes mecanismos de cuidado, de acompanhamento para ela. Nós tivemos que rever agenda, determinar quem acompanharia a usuária e em que momentos isso seria feito.”* PESF2.

Estas mudanças evidenciam que as atividades destinadas à assistência do usuário são as mesmas realizadas no cotidiano do serviço, e não foram adaptadas ou modificadas devido à contrarreferência, mas foram necessários reajustes para possibilitar a disponibilização destas ações no momento adequado.

5.1.3 Dificuldades organizacionais para a contrarreferência.

As dificuldades indicadas pelos profissionais do SE do HCPA relacionaram-se a questões estruturais como o funcionamento inadequado dos telefones, sendo esta uma dificuldade para realização da contrarreferência, conforme na fala abaixo:

“o telefone da ESF tá estragado, ou não consegue, só dá ocupado, aí tu passa a tarde toda tentando ligar para a unidade de saúde e o paciente tá aqui esperando sem ter nenhuma resposta também.” PSE6.

Sabe-se que as ESFs são serviços alocados em regiões que apresentam uma população de risco e na maioria das vezes estes locais possuem condições geográficas desfavoráveis. Esta situação reflete também nas condições estruturais nas quais se encontram os serviços da atenção primária no Brasil. Sabe-se que os recursos destinados a estes serviços não são corretamente aplicados e condições precárias de espaço físico e recursos materiais são frequentemente encontrados nestes serviços.

Estudo que avaliou a estrutura das unidades de saúde da atenção primária de dois municípios do estado da Bahia constatou que os recursos materiais, considerados os equipamentos e insumos necessários para desenvolver as ações de saúde, eram insuficientes nos serviços avaliados, destacando desde falta de geladeira exclusiva para vacinas e material de limpeza até materiais de escritório e de educação (MOURA et al., 2010).

Outra dificuldade referida pelos entrevistados foi a desatualização do cadastro dos usuários e também a existência de falhas na cobertura das ESF, como exemplificado nas falas a seguir:

“o endereço no cadastro do prontuário do paciente não era o endereço real (...) precisava confirmar com o paciente se aquele endereço que estava no prontuário era realmente o que ele tava morando.” PSE6.

“tinha lacunas assim, endereços que não tinham cobertura (...) então ele não participava, não era contrarreferenciado.” PSE2.

A dificuldade em encontrar o endereço correto do usuário no prontuário deve-se a uma desatualização cadastral dos dados dos usuários da instituição em estudo. Ressalta-se, que mesmo o endereço estando incorreto, a confirmação com o paciente do local onde ele reside é necessária pra o correto desenvolvimento da contrarreferência. Esta dificuldade indica mais um risco para a existência de um erro, ao se selecionar àqueles residentes em endereços abrangidos pelas ESF do distrito GCC, que na falta de confirmação levaria a um encaminhamento que não teria seguimento.

A cobertura assistencial por ESFs não atinge cem por cento do território de Porto Alegre, sendo apenas 39,6% da população do município coberta por estes serviços. No distrito GCC, onde se situam as ESFs do presente estudo, 52,28% da sua população são cobertas por ESFs (PMPA, 2012). Constata-se assim, que a existência destas lacunas referidas pelos participantes do estudo justifica-se por metade da população do distrito GCC não estar adstrito a uma ESF.

Foi referida também como dificuldade a ausência de um sistema informatizado que facilitasse a identificação dos usuários, ao afirmar que se *“pudesse ter um aviso no prontuário que ele era residente do distrito GCC (...) porque eram muitos pacientes para olhar os prontuários.”* PSE3. A identificação manual dos usuários residentes no distrito GCC é considerada uma ação difícil para os profissionais, pois *“como a emergência está quase sempre superlotada a gente tem que dispor de um profissional todos os dias para verificar essas listas e estar evidenciando se eles fazem parte daquela região para encaminhar, isso é uma dificuldade que a gente encontra por ser um volume maior de pacientes.”* PSE7.

O sistema de informatizado é eficaz na medida em que se percebe que ele contribui para atingir as metas de uma instituição, no entanto, mesmo que ele facilite a atividade administrativa, ele não soluciona problemas e não é eficaz em uma estrutura desorganizada, uma vez que são pessoas as responsáveis pela gestão de uma instituição (ANDRADE e FALK, 2001). Ou seja, mesmo que o sistema informatizado adotado no hospital seja modificado de forma que possa identificação dos usuários residentes no distrito GCC, ainda é necessário que as pessoas administrem esta informação, de forma a confirmar sua atualização com o usuário e também realizar o seu encaminhamento. Certamente, um alerta no sistema reduz o tempo utilizado para identificar o endereço destes usuários, contribuindo positivamente para agilizar a contrarreferência.

Cabe resaltar que na instituição hospitalar estudada a utilização das tecnologias de informação tem crescido gradualmente, buscando facilitar as atividades dos profissionais de saúde no desenvolvimento de suas tarefas diárias. Neste contexto, o aprendizado e a efetividade dos processos internos têm sido impulsionados por este crescimento. Assim, diversas ações e aquisições vêm sendo realizadas para que a instituição se adapte a novas realidades (HCPA, 2012B), e uma destas ações é o aprimoramento do sistema informatizado de prontuários para atender as demandas da identificação de usuário a serem contrarreferenciados.

5.2 “A base de tudo é a comunicação e nós podemos estar aprimorando isso” - a comunicação no processo de contrarreferência.

Na presente categoria pretendeu-se agrupar todos os núcleos de significado referentes ao processo de comunicação entre as ESFs e o Serviço de Emergência do HCPA, analisando também a comunicação entre as equipes de trabalho, assim como as facilidades e dificuldades encontradas neste processo. Considerou-se o processo de comunicação como instrumento de integração entre profissionais de saúde através do diálogo e também da palavra escrita, no qual o repasse de informações sobre as condições clínicas e sociais do paciente, assim como as suas necessidades de cuidado, constituíram-se no objetivo desta comunicação.

Nesta categoria foram classificadas cinco subcategorias: Comunicação entre os níveis de atenção; Dificuldades de comunicação entre os níveis de atenção; Comunicação interna no SE do HCPA; Comunicação interna nas ESF e entre as ESFs e a Rede de Atenção Primária; Comunicação com o usuário.

5.2.1 Comunicação entre os níveis de atenção.

No projeto de contrarreferência entre as ESFs e a emergência do HCPA os canais de comunicação definidos foram o telefone e o DCR, sendo estas duas formas de comunicação verbal, uma falada e a outra escrita.

Nas ESFs a comunicação estabelecida, entre os profissionais por meio do contato telefônico, foi indicada como facilitadora do trabalho, sendo a contrarreferência considerada como um mecanismo positivo para o serviço.

“a contrarreferência tem uma repercussão positiva (...) facilita muito o trabalho com o usuário.” PESF2.

“quando eu soube do projeto eu até pensei: olha que bacana, o HCPA traz esse contato e isso está facilitando nosso trabalho, que bom seria se todos fizessem isso.” PESF3.

Frente à necessidade de um olhar holístico para o usuário, ou seja, de uma assistência que contemple o todo do indivíduo, suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, a contrarreferência apresenta-se em uma perspectiva positiva dentro das ESFs, uma vez que esta acarreta na comunicação entre profissionais, possibilitando conhecer mais sobre o estado clínico do usuário e também sobre o atendimento que ele recebeu, permitindo um acompanhamento mais efetivo deste paciente.

Machado, Haddad e Zoboli (2010) relacionam a comunicação à tecnologia leve necessária para o protagonismo do usuário no cuidado e também para a coprodução em saúde e para a humanização do SUS, sendo que nos serviços de saúde apresenta-se para o profissional como uma ferramenta a ser utilizada no seu trabalho diário.

Dentro do contexto da contrarreferência, estão envolvidos profissionais de diferentes formações, sendo necessário um alto grau de articulação e compartilhamento de ações entre eles, exigindo que se exerça a interdisciplinaridade para que se possa explorar toda a potencialidade de cuidado que as equipes de saúde têm a oferecer (ANDRADE et al, 2012).

A comunicação como facilitadora do trabalho também foi atribuída ao fato de que existe a troca de informações necessárias para o planejamento do cuidado e que esta ocorre sem dificuldades entre os profissionais dos diferentes serviços, conforme se constata na fala a seguir: *“A comunicação com o HCPA foi tranquila, todas as informações que eu pedi o profissional me deu e eu também forneci as que eu tinha na hora.”* PESF1.

No depoimento acima a transmissão de informações ocorre não apenas no sentido da atenção terciária para a atenção primária, mas também os profissionais da ESF contribuíram com dados que possuíam sobre o usuário. Ou seja, a comunicação ocorre de forma recíproca, existindo troca de informações e conseqüentemente um diálogo.

A troca de informações encontra suporte no que é afirmado por Andrade et al. (2012), que planejar a assistência que será oferecida ao usuário depende de que os profissionais interajam e se comuniquem para compartilhar seus diferentes saberes técnicos e também suas informações referentes ao processo de saúde-doença do usuário, oferecendo assim um cuidado centrado nas necessidades do indivíduo inserido em seu contexto social.

Além de facilitar o planejamento do cuidado na ESF, a comunicação foi indicada pelos profissionais do SE, como um mecanismo que oportunizou conhecer outros serviços de saúde e também a forma como estes trabalham. Nos depoimentos se observa que os profissionais do SE se mostraram surpresos com a capacidade resolutiva das ESF e também com a forma como receberam o contato telefônico da emergência hospitalar.

“a comunicação com a ESF está sendo bem aberta, oferece uma oportunidade de conhecer os lugares, as equipes que estão lá dentro, com uma demanda tão grande de pacientes e mesmo assim eles conseguem ser receptivos, pelo menos pelo telefone.” PSE4.

Considerando que os profissionais responsáveis pela contrarreferência no HCPA eram residentes de várias áreas da saúde, este desconhecimento pode ser relacionado a uma lacuna da sua formação. Segundo Oliveira et al. (2011), existe insuficiência na formação dos profissionais de saúde para atuarem nos serviços da atenção primária e para atenderem as necessidades do SUS. Além disso, segundo Moretti-Pires (2009), prevalece na formação uma visão fragmentada do sistema de saúde, baseada na disciplinariedade, na qual os profissionais apenas aprendem aspectos técnicos de sua profissão e teóricos sobre o sistema de saúde, e não desenvolvem a capacidade de articular-se com outras profissões que atuarão conjuntamente nos serviços de saúde.

A aproximação dos profissionais da atenção hospitalar e da atenção primária é um desafio a ser enfrentado pelas instituições formadoras e assistenciais, a fim de que, por meio desta integração, seja possível se consolidar a integralidade em saúde e também outros princípios do SUS. O êxito desta proposta, de mudança de modelo assistencial, é descrito por Lira-Batista et al. (2012), em uma experiência realizada pela Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar da Universidade Federal de São Paulo.

Nesta, os residentes desenvolveram atividades nas unidades básicas de saúde, com o intuito de construir um paradigma de atenção baseado no cuidado integral e no vínculo entre profissional e usuário, com a intenção de desmistificar a ideia de que o sistema de referência e contrarreferência são impossíveis na prática. Ao final do período de atividades foi observado que os residentes adquiriram maior conhecimento das áreas de atuação das profissões e maior noção do quão importante é o serviço de atenção primária. Além disso, construíram relações de parcerias baseado na troca de saberes e os encaminhamentos ocorreram mais naturalmente, uma vez que ambos conheciam as possibilidades de ação encontradas em cada serviço, o que facilitava o planejamento da alta hospitalar e o atendimento na unidade básica de saúde (LIRA-BATISTA et al., 2012).

Neste contexto, o projeto de contrarreferência apresenta potencialidade para o avanço da proposta da residência integrada, ao proporcionar a oportunidade dos residentes conhecerem, mesmo que de forma indireta, um espaço para além do hospital, contribuindo

para a sua formação tanto na questão interdisciplinar, quanto no desenvolvimento de competências para o trabalho em rede, contemplado todos os aspectos do SUS e serviços que o compõem.

Esta comunicação, que além da aproximar o SE com a ESF, ampliou o conhecimento dos profissionais acerca da atuação dos profissionais dos dois serviços, foi indicada como sendo um diálogo de qualidade. Isto foi atribuído às conversas prévias entre os profissionais da emergência do HCPA e das ESFs do Distrito GCC para a elaboração do projeto.

“Então eu acho que a base de tudo é a comunicação e nós podemos estar aprimorando isso (...) as pessoas se comunicaram, houve reuniões, e é aquilo que disse; sem conversa, sem relacionamento, nada acontece.” PSE1.

Os profissionais reconhecem a importância da conversa e valorizam o relacionamento entre profissionais para que a contrarreferência fosse desenvolvida com sucesso. De acordo com Lima e Rivera (2009), é a partir desta integração dos serviços que se dá a consolidação de um dos nós da rede de atenção à saúde, no qual se estabelecem vínculos de interdependência a partir de uma rede de conversações. Nesta não são transmitidas apenas informações, mas sim atos de fala que acarretam em ofertas e promessas, assentimentos e recusas, e principalmente no comprometimento daqueles envolvidos no processo. Este contato prévio, que implicou na definição de pessoas de referência do projeto em ambos os serviços e também no conhecimento de como seria o encaminhamento, foi identificado como facilitador da comunicação pelos profissionais do SE.

“o fato de lá na ESF saberem o que a gente estava fazendo facilitava.” PSE5.

“se nota a diferença quando tu vai fazer o contato e o outro já esta sabendo da proposta, porque a troca é maior, o objetivo é comum.” PSE1.

Na comunicação existe uma relação de interdependência entre aqueles que estabelecem um diálogo, tendo como consequência integrar os indivíduos em busca de um objetivo comum. Na conversa, no contexto dos serviços de saúde, os diferentes profissionais estabelecem influências uns sobre os outros, e esta pode ser direcionada para a assistência ao usuário, pois se estabelece uma parceria para alcançar o cuidado. (BROCA; FERREIRA, 2012).

A definição dos profissionais de referência do projeto no HCPA e na ESF foi considerada um fator positivo para a interação entre os profissionais: *“a comunicação foi tranquila (...) a gente recebeu uma lista com os preceptores, as pessoas que seriam responsáveis né, então algumas vezes a gente ligou e já pedia por tal pessoa.”* PSE2.

Percebe-se que com o projeto de contrarreferência buscou-se a corresponsabilização de ambos os serviços pela atenção à saúde do usuário, evidenciada pelo comprometimento dos profissionais de saúde em se tornarem referência no serviço para encaminhar ou receber o usuário. Além disso, o projeto partiu de uma colaboração mútua entre ambas as instituições.

Esta cooperação justifica-se no fato de que o SE, sendo parte de uma instituição de ensino, envolveu os residentes da RIMS, uma vez que a contrarreferência é uma meta do programa, pois está vinculado ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação. E as ESFs, por sua vez, contaram com os profissionais integrantes da equipe e preceptores do PET-Saúde da UFRGS, e como tal estão envolvidos com a busca da integração da atenção primária com a comunidade acadêmica e, portanto, com projetos provenientes da instituição. No entanto, a motivação para ambos os profissionais em realizar a contrarreferência, não parece estar relacionada apenas com o fato de estarem vinculados a instituições de ensino, mas também no compromisso que possuem com a saúde dos usuários do SUS.

Corroborando esta ideia, os entrevistados do SE afirmam que uma facilidade de comunicação foi a atuação dos preceptores do PET, como referido na fala a seguir: *“As ESFs que possuíam PET eram equipes muito mais preparadas para receber as demandas dos outros postos que não tinham PET.”* PSE6. Esta fala justifica-se pelo fato de que apenas as unidades que possuíam profissionais do PET foram selecionadas para participarem da CR, sendo todas da ESF. Neste sentido, aqueles serviços de atenção primária que não contavam com esses profissionais não conheciam o projeto e isso pode ter refletido na forma como receberam o contato de um profissional do SE, se eventualmente este o realizou.

Em relação a estas duas formas de organização da atenção primária, Nunes et al (2012), comparou os atendimentos realizados em ESFs e em UBS na cidade de Ribeirão Preto e constatou que o número de atendimentos médicos foi maior nas ESFs, e que estes resolveram 90% dos casos sem necessidade de encaminhar para outro serviço. Esta situação foi relacionada ao fato de que todas as ESFs contavam com a atuação de preceptores do PET-Saúde. Assim a ESF apresentou-se como modelo assistencial de maior resolubilidade, e o PET-Saúde como uma iniciativa importante, uma vez que preconiza um maior número de preceptores atuantes nas ESF e estimula a ampliação desse modelo.

Os profissionais das ESFs consideraram que a comunicação entre os serviços permitiu o contato com todos os profissionais envolvidos no cuidado, enfatizando que isto se relacionou com a disponibilidade do profissional de saúde em conversar com qualquer pessoa que tivesse um objetivo comum com o cuidado ao usuário.

“o contato telefônico de um profissional do HCPA facilitou o contato com outros profissionais, para se obter informações sobre o tratamento feito lá, sobre medicações e dosagem.” PESF3.

“Eu acho que qualquer profissional que te ligue e está disposto a conversar sobre o paciente e trabalhar pelo bem do paciente, sempre é válido.” PESF1.

Na busca de informações que auxiliem no cuidado do paciente, os profissionais de saúde precisam muitas vezes buscar saberes para além de sua área de conhecimento. Na atuação interdisciplinar, o estabelecimento de relações baseadas na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, a existência dessas relações se sustenta na cooperação e na troca de informações por meio da integração entre os profissionais que articulam seus saberes e fazeres, horizontalizando as relações estabelecidas e tomando decisões conjuntamente (MATOS, PIRES, CAMPOS, 2009).

Percebe-se que a boa comunicação e o sucesso do contato entre os profissionais dos serviços em estudo foram atribuídos pelos entrevistados da ESF ao interesse de ambos em estabelecer este contato para produzir um cuidado centrado no usuário, valorizando suas necessidades e priorizando sua assistência, ou seja, para a ESF, a integração entre profissionais possui um único objetivo que é beneficiar o paciente.

5.2.2 Dificuldades de comunicação entre os níveis de atenção e alternativas visualizadas.

Por outro lado, o processo de comunicação entre os SE e a ESF também ocorreu, segundo indicado pelos entrevistados, com algumas dificuldades, como as que são elencadas pelos profissionais do SE.

“existia um posto que não tinha mais ninguém responsável pelo pet, sendo necessário que nós explicássemos todo o programa, todo o trabalho.” PSE4.

“muitos pacientes que residiam no distrito GCC não tinham uma equipe de referência que entendesse o processo para que a gente pudesse referenciar (...) muitos não faziam parte de postos com PET, não eram de ESF.” PSE3.

De maneira geral as ESF da gerencia distrital GCC possuem preceptores do PET, no entanto, eventualmente, pode ocorrer à desvinculação de algum profissional do serviço e então ele passa a não ser mais preceptor do PET. Assim, momentaneamente a ESF pode ter ficado sem alguém responsável pelo programa, justificando uma das dificuldades encontradas.

Na fala dos participantes, os serviços que contam com preceptores do PET-Saúde e os usuários que residem em áreas cobertas por serviços cadastrados no PET-Saúde são designados por “postos com pet” e “paciente é PET” respectivamente. Percebe-se que os profissionais do SE não diferenciam o programa PET-Saúde das Estratégias de Saúde da Família, referindo-se muitas vezes à contrarreferência como um programa do PET.

O PET-Saúde é composto por acadêmicos das diversas profissões da saúde, tutores vinculados às instituições de ensino superior e preceptores que são trabalhadores dos serviços cadastrados no programa, sendo financiado pelo governo federal. Assim, o fato da não diferenciação das ESFs do PET, pode ser devido ao fato de que o PET-Saúde oportuniza a aproximação do meio acadêmico com o trabalho, fortalecendo a atenção primária, acarretando nesta percepção, que os profissionais do SE apresentaram, de que PET e ESF caminham sempre juntos.

Outra das dificuldades abordada na fala acima se refere ao fato de que existiam pacientes no SE que eram identificados como moradores da Gerência Distrital GCC, porém não residiam em uma área coberta por ESF, e sim por UBS. Isto se deve ao fato de que o projeto de contrarreferência incluiu apenas as ESFs, nesse sentido aqueles cobertos por UBS não eram contrarreferenciados.

Também houve dificuldade referente ao desconhecimento do projeto por parte dos profissionais da ESF, *“a gente ligava e o profissional de lá não sabia o que era o projeto (...) a gente é que estava ciente do que estávamos fazendo e qual era o objetivo, mas lá nem todos os profissionais estavam cientes.” PSE5.* No entanto, é afirmado que *“as situações em que as pessoas estavam cientes do projeto de contrarreferência eram muito maiores do que as situações das pessoas que não estavam cientes.” PSE5.*

A contrarreferência como mecanismo de integração entre diferentes serviços de saúde visa à comunicação entre os profissionais que atuam nesses locais. Assim, além do objetivo

comum, para ocorrer o processo de comunicação são necessários elementos que se integrem entre si, sendo eles a fonte e o receptor. (BERLO, 2003), representados neste estudo pelos profissionais do SE e da ESF. Desta forma, é necessário que os profissionais de ambos os serviços interajam, e assim estabeleçam a comunicação.

Os profissionais das ESFs também indicaram dificuldades que prejudicaram a comunicação com o SE, como o não recebimento da documentação escrita enviada pelo SE: *“A contrarreferência por escrito não chegou até nós.”* PESF1. Frente a esta situação, foi sugerido na ESF que *“essas informações do documento escrito poderiam ser passadas pelo contato telefônico”* (PESF1), sendo ressaltado que *“as informações sobre o usuário são interessantes serem passadas por telefone, mas não exclui a necessidade de vermos o DCR e o sumário de alta.”* PESF2.

Percebe-se que os contatos telefônicos, por serem realizados por diferentes profissionais envolvidos na contrarreferência, foram diferentes uns dos outros. Enquanto que em algumas ESFs as informações necessárias para o planejamento do cuidado foram recebidas, para outras apenas foi comunicado que o usuário estaria de alta e que necessitava de acompanhamento. O DCR, que na maioria dos casos não chegou até a ESF, foi desenvolvido para estabelecer também uma comunicação escrita entre os profissionais, e este documento forneceria dados relevantes à assistência do usuário e também indicaria as necessidades de cuidado dele, reforçando indicando qual a necessidade de cuidado.

Assim, mesmo o projeto preconizando que as informações disponibilizadas no documento de contrarreferência e no sumário de alta, fossem relatadas no contato telefônico, isto não ocorreu em alguns casos. Em alguns contatos telefônicos foi informada apenas a alta do usuário e não as informações detalhadas do atendimento prestado e as necessidades do usuário.

A não incorporação do hábito de contrarreferenciar vincula-se ao desconhecimento da importância deste mecanismo, pois a contrarreferência só poderá se estabelecer como atividade rotineira do SE quando os profissionais perceberem as consequências positivas deste projeto. Para Matos, Pires e Gelbeck (2012), a contrarreferência propicia uma visão integral do ser humano que recebe o cuidado oferecido pelas diferentes equipes de saúde, e isto gera benefícios para o usuário e também para os profissionais, que se sentem mais valorizados e respeitados em seu saber e fazer, demonstrando uma forma mais criativa de trabalhar dentro das instituições.

Além do estabelecimento inadequado da comunicação, percebe-se que a forma como o encaminhamento do DCR do SE para a ESF foi pensada, ou seja, encaminhada via usuário, coloca um novo desafio para o projeto, que é conscientizar o usuário da importância de participar do processo, garantindo que a informação a ele confiada seja transmitida na rede de serviços ao(s) profissional(is) responsável(is) pela continuidade do seu cuidado.

Neste sentido, os profissionais entrevistados na ESF percebem que “*o contato telefônico ajuda muito*” (PESF2), porém “*o DCR e o sumário de alta ajudariam muito mais*” (PESF2), pois “*estes documentos dão segurança em relação ao contato telefônico e podem dar mais autenticidade*” (PESF3) ao atendimento.

Esta corresponsabilização do usuário precisa ser construída baseada no entendimento mútuo de que a comunicação verbal escrita é necessária e acrescenta maior veracidade à informação, uma vez que a palavra falada pode ser mal entendida ou mal expressada, e o documento de contrarreferência permite lembrar e confirmar o que foi conversado entre os profissionais, além de permitir ao usuário apreender o que está sendo proposto para o seu cuidado.

De acordo com Oliveira e Cadette (2009), o registro escrito é um canal de comunicação, e sua correta elaboração permite a individualização do cuidado, refletindo em uma assistência de qualidade. Este também é considerado um documento legal para a equipe de saúde, para o usuário e para a instituição, conferindo segurança e respaldando legalmente aqueles que prestam o cuidado, pois apresenta o testemunho escrito na defesa legal dos profissionais e faz parte da documentação da assistência ao cliente.

Frente à necessidade do encaminhamento escrito, àqueles que receberam o DCR nas ESFs ressaltam sua relevância, uma vez que este se mostra complementar às informações repassadas pelo contato telefônico.

“se não viessem pelo DCR escrito, não iríamos saber de nada, pois no contato telefônico só informaram que ele estava de alta.” PESF4.

Esta afirmação reforça as constatações feitas anteriormente de que a comunicação escrita complementa as informações passadas verbalmente, e no caso referido acima, garante o conhecimento das condições clínicas e sociais do usuário, permitindo o planejamento de ações de saúde frente às suas necessidades de cuidado, proporcionando segurança ao profissional de saúde.

A partir desta dificuldade de se obter o DCR, os profissionais da ESF sugerem a utilização das tecnologias de informação a favor da comunicação entre os profissionais, pois a ausência do DCR na ESF, não é devido à forma como o projeto se organizou, mas sim como o usuário se organiza para disponibilizar seus documentos de saúde.

“o uso de um sistema informatizado ajudaria muito a estabelecer a comunicação.” PESF2.

“não é uma falha do HCPA o documento [de contrarreferência] não chegar à ESF, mas sim do paciente que realmente não tem nada com ele.” PESF1.

A implantação de um sistema eletrônico de informação em saúde surge como meio de integrar os dados referentes à assistência do usuário, favorecendo uma comunicação virtual entre diferentes serviços de saúde, uma vez que permite que as informações sobre o usuário sejam acessadas pelos profissionais, em qualquer serviço que lhe ofereça cuidado (CRUZ-CORREIA, 2010).

Na atual conjuntura do SUS, esta informatização da comunicação, é alternativa à fragmentação do cuidado, com altos custos, visto que os usuários do SUS produzem longos itinerários terapêuticos, buscando assistência em diversos serviços de saúde, nos quais se desconhece o seu histórico de saúde. Esta mobilidade, por gerar uma dificuldade de acesso às informações de saúde, leva a repetição de exames e de terapias, gerando aumento do gasto financeiro do sistema de saúde (REIS; CORREIA; PEREIRA, 2011).

Assim, no contexto da contrarreferência, o prontuário eletrônico integrado é uma possibilidade e oferece como principais vantagens a impossibilidade de extravio de documentos e fichas dos prontuários e o controle de fluxo de pacientes nos serviços de saúde (PERONDI, 2011), com repercussão direta no grau de integração das instituições de saúde. Assim como o registro, o contato telefônico também foi considerado relevante pelos entrevistados, visto que este recurso tornou viável a contrarreferência, e a sua ausência foi indicada como prejudicial ao desenvolvimento de ações que garantam a continuidade do cuidado.

“a falta do contato telefônico prejudica, porque nós não temos como obter essas informações mais específicas sobre o usuário, como condições psicológicas, se não forem passadas por outro profissional que constatou essas necessidades.” PESF4.

Neste sentido, a possibilidade de utilização de quaisquer destes meios de comunicação constituem importante contribuição para a contrarreferência, pois quanto maior a possibilidade de comunicação maior é o fortalecimento dos nós que compõem a rede de atenção à saúde.

No entanto, contrapondo a visão do SE, de que o desconhecimento do projeto de contrarreferência dificultou a comunicação entre os profissionais, os trabalhadores da ESF afirmam que o atendimento de qualidade e integral ao usuário não está relacionado ao fato de o profissional conhecer ou não o projeto de contrarreferência, uma vez que a comunicação deve ocorrer naturalmente e não por estar atrelada a um projeto.

“a importância dada ao atendimento e ao planejamento para o paciente independe de saber ou não da existência da contrarreferência, pois a boa comunicação entre profissionais de diferentes serviços é algo que tem que estar implícito no contato, tem que ser algo natural, e não ocorrer só devido a implementação do projeto.” PESF1.

Esta percepção encontra justificativa no fato de que os profissionais da emergência são àqueles que desencadeiam o processo de contrarreferência e os profissionais da ESF são quem recebem a informação e executam os cuidados pós-alta. Assim, no SE, existe a dificuldade em perceber a importância deste mecanismo, e, na medida em que este vai acontecendo, os processos de comunicação vão se estabelecendo como desdobramento do desencadeamento da contrarreferência. Neste sentido, na ESF, a comunicação não parece estar atrelada ao projeto, pois são receptores da informação e não desencadeadores dela, enquanto o HCPA a percebe como necessária e fundamental para a contrarreferência.

5.2.3 Comunicação entre os profissionais do HCPA.

A comunicação entre os profissionais do HCPA mostrou-se relacionada com a avaliação do usuário e com a definição de cuidados a serem repassados às ESFs. Esta se constituiu de comunicação verbal falada, desenvolvida em reuniões, entre os profissionais, sobre o paciente contrarreferenciado.

“a gente discutia o caso do paciente no round com a equipe médica, enfermeiro, farmacêutico, psicólogo e assistente social.” PSE2.

Os rounds, como referido na fala do entrevistado, de acordo com Porto et al. (2012), são espaços, proporcionados pelas reuniões de equipe, de troca de saberes e de discussões individuais dos casos clínicos dos usuários atendidos. Estes espaços buscam a participação ativa e a coresponsabilização dos membros da equipe, de forma a potencializar a autonomia dos profissionais no planejamento de ações, considerando a multidimensionalidade do usuário como ser humano que precisa de cuidado.

A avaliação multiprofissional dos pacientes incluídos no projeto de contrarreferência propiciou que as decisões quanto ao cuidado do usuário fossem tomadas conjuntamente. Isto ainda evidencia a existência da comunicação intraequipes dentro do mesmo serviço de saúde, uma vez que os rounds preconizam a participação de diferentes categorias profissionais dialogando entre si e compartilhando saberes para uma finalidade comum.

No entanto, os residentes da equipe multiprofissional referiram que, de uma maneira geral, a equipe do serviço de emergência desconhecia o projeto de contrarreferência, assim como seu propósito.

“se a equipe do serviço está a par do que está acontecendo, para que é esse projeto, se eles entendem a lógica, eu não sei, mas facilitaria um monte se eles entendessem.” PSE2.

Esta fala evidencia que não ocorreu um envolvimento de todos os profissionais do SE, e que a contrarreferência foi assumida pela RIMS e seus preceptores, além daqueles envolvidos na elaboração do projeto. O envolvimento de todos os atores do SE é necessário para o sucesso de um projeto assistencial, porém, para isto ocorrer é necessário que exista comunicação entre todos e não só entre aqueles que determinam o plano assistencial do usuário.

Observa-se que o processo de comunicação só era efetivo dentro de um contexto de reuniões, para avaliação do usuário, e não em um contexto maior do SE com o objetivo de divulgar e envolver os profissionais, tornando o ato de contrarreferenciar um objetivo comum de todos os trabalhadores do serviço. O não envolvimento de toda a equipe do SE refletiu também na atuação da equipe médica no projeto, neste sentido, os entrevistados referiram ter sido necessário uma apresentação inicial da contrarreferência para que eles iniciassem o projeto.

“a gente foi na primeira atividade deles (...) explicou que a gente tava identificando esses pacientes que ia acompanhar para estar referenciando

para a unidade de saúde (...) que colocaríamos a partir do primeiro atendimento uma evolução multiprofissional, eu colocava que era um paciente pet, que iria ser acompanhado.” PSE6.

Porém, estas apresentações tiveram que ser feitas a cada troca dos doutorandos e residentes da equipe médica no serviço de emergência, sendo necessário informá-los constantemente da existência do projeto: *“era necessário fazer capacitações enfim, treinar a equipe e até doutrinar a equipe médica para estar realizando essa contrarreferência.” PSE7.*

Observa-se que inicialmente a RIMS garantiu, por meio da divulgação do projeto assistencial do SE, o envolvimento da equipe médica na contrarreferência. Porém, não houve por parte da equipe médica uma preocupação em preparar seus residentes e doutorandos a cada troca desta equipe, necessitando que a RIMS assumisse esta responsabilidade. Neste sentido percebe-se uma falha na comunicação entre a própria equipe médica e também entre equipe médica e outros profissionais de saúde. Certamente este *turnover* configura-se como uma barreira de comunicação, porém as falas evidenciam as tentativas constantes da RIMS em conversar com os médicos orientando e explicando a importância de atuarem na contrarreferência.

Esta relação assimétrica, entre estas categorias profissionais, para realizar a contrarreferência, pode estar relacionada com a origem da organização dos programas de residência médica e multiprofissional. Enquanto a Residência Multiprofissional em Saúde se organizou a partir da constituição do SUS, utilizando uma proposta de trabalho que prioriza a integralidade e conseqüentemente a integração entre os diversos profissionais (BRASIL, 2006C), a residência médica surgiu inserida em um modelo biomédico que precede a instituição do SUS, tendo como prerrogativas uma formação especializada e flexneriana, sendo desempenhada exclusivamente dentro das instituições hospitalares (CUTOLO; DELIZOICOV, 2003).

Assim, as características advindas da origem de cada programa de residência, ainda são encontradas no modelo formativo em saúde, e frente a estas diferenças, resultam na dificuldade de interação entre os diferentes profissionais, uma vez que foram concebidas em modelos assistenciais diferentes, e mesmo com as transformações ocorridas na forma de pensar o modelo de saúde, ainda permanecem fortes resquícios dos modelos nos quais os programas foram desenvolvidos.

Este contexto configurou-se inicialmente, pois segundo os entrevistados, esta situação foi mudando e *“com o tempo a equipe médica começou a conhecer mais o projeto, começou a*

aderir ao projeto, ficou mais fácil de trabalhar com eles e ficou mais fácil de estar planejando a alta do paciente.” PSE2. Ainda é afirmado que a equipe médica passou a solicitar a contrarreferência, mesmo quando o paciente não estava incluído no projeto.

Com isto, pode-se observar que a postura de trabalho, assumida pela RIMS, de envolver-se com o projeto, foi decisiva para que ocorresse uma conscientização dos profissionais, não só médicos, mas também de outras profissões, quanto à importância da realização da CR, contribuindo para que esta se estabeleça como atividade rotineira do SE a partir da percepção das consequências positivas da contrarreferência.

5.2.4 Comunicação entre profissionais da ESF e com a Rede de Atenção.

A comunicação entre os profissionais da equipe da ESF ocorreu por meio de reuniões, que tinham como objetivo organizar e planejar o cuidado que seria prestado ao usuário contrarreferenciado.

“A gente teve um reunião de equipe para conversar sobre o paciente contrarreferenciado (...) a enfermeira passou o caso para a equipe para ver o que nós poderíamos fazer.” PESF1.

De acordo com o referido pelos profissionais entrevistados nas ESF, a comunicação intraequipe foi utilizada como forma de avaliar conjuntamente as informações das passadas pelo SE sobre o paciente contrarreferenciado e assim decidirem conjuntamente as ações de cuidado que seriam oferecidas a ele. Para tais discussões foram realizadas reuniões, que, segundo Mattos, Pires e Gelbeck (2012), são espaços interdisciplinares privilegiados para elaboração do plano assistencial destinado ao usuário e também permite a tomada de outras decisões referentes ao trabalho da equipe.

Estes espaços são importantes, pois permite que os profissionais exerçam reflexões sobre o planejamento do trabalho em saúde e assim construam propostas de intervenções multidisciplinares direcionadas para promoção da saúde e prevenção de doenças daqueles usuários sob-responsabilidade das equipes de saúde (SILVA; MOTTA; ZEITONE, 2010).

Além de desenvolverem a comunicação interna no serviço, a equipe da ESF buscou comunicar-se com outros serviços que compõem a rede de atenção primária para qualificar a

assistência prestada de acordo com a necessidade e grau de complexidade de cuidado que o usuário necessitava:

“ligamos para os serviços de Tisiologia e infectologista da nossa área de atuação.” PES3.

Neste caso, a necessidade relaciona-se a gravidade do histórico social e de saúde do caso contrarreferenciado, sendo preciso um olhar multiprofissional e a integração de saberes para executar ações que contemplassem o usuário como um todo. Com isto, constata-se que há uma relação entre a ESF e os demais componentes da rede de serviços disponibilizada na região em que atua para qualificar o atendimento prestado ao usuário.

Esta iniciativa partiu dos profissionais da ESF, não sendo uma ação prevista no projeto, mas caracteriza-se como um processo comunicativo entre diferentes serviços, estabelecido naturalmente, corroborando com o fato de a APS ser o centro regulador do cuidado. Isto evidencia a constituição de uma rede de serviço de atenção primária, e percebe-se que a referencia de usuários para serviços mais especializados já é uma rotina na prática dos trabalhadores da ESF, uma vez que já existia, na ESF, comunicação com outros serviços antes mesmo da instituição do projeto de contrarreferência. Isto pode justificar a naturalidade com que afirmam buscar apoio em outros serviços e também com que recebem o contato telefônico vindo da rede hospitalar.

5.2.5 Comunicação com o usuário.

Os profissionais do HCPA consideraram a comunicação com o usuário tranquila e com boa aceitação. Isto foi atribuído ao fato de o usuário em alguns casos conhecer os serviços de saúde, tanto a emergência do HCPA quanto a ESF para a qual estava sendo contrarreferenciado, como verificamos nos depoimentos a seguir:

“não sei se ela deu continuidade, é importante até a gente buscar, mas foi bem tranquilo, com essa paciente porque ela já tinha conhecimento dessa ESF, como ela funcionava, além de já conhecer os profissionais aqui da emergência.” PSE7.

Foi relatado também que quando os usuários não tinham condições de ser orientados sobre a CR, a informação era direcionada aos familiares ou responsáveis: *“os usuários aceitam bem o encaminhamento e quando o paciente estava mais confuso a gente explicou para o familiar.”* PSE4.

Esta boa aceitação da CR, também pode estar relacionada ao vínculo já estabelecido com os profissionais de saúde tanto da ESF quanto do SE. Neste sentido, a confiança previamente estabelecida entre profissional e usuário permitiu a construção de um diálogo que visou uma nova orientação de atendimento para o usuário.

Esta ligação que o usuário desenvolve com o serviço de saúde, aumenta a credibilidade que este deposita no atendimento recebido, pois quando percebe uma ação que visa resolver os seus problemas de saúde, o usuário consegue expressar um sentimento positivo em relação ao atendimento recebido.

“em nenhum momento o usuário ou os familiares se sentiram acuados em dar algumas informações, em falar, falaram realmente sobre o que o paciente precisava (...) e o usuário saía emocionado daqui, porque estavam dando uma atenção pra ele, então ele saiu motivado, acho que fez uma diferença para ele.” PSE6.

“os familiares ficavam muito agradecidos, eles percebem isso como uma dedicação, um carinho, um cuidado.” PSE3.

Estas percepções, oriundas da valorização do usuário, atendem à Política Nacional de Humanização, que preconiza que o usuário deve ser visto como foco do cuidado, sendo que a humanização de sua assistência deve ocorrer por meio da troca e construção de saberes, do trabalho em rede, com equipe multiprofissional. (BRASIL, 2004B).

Neste contexto, a articulação de serviços e de suas ações de saúde, propicia o desenvolvimento de uma assistência centralizada no usuário, onde a sua individualidade e necessidades são respeitadas no seu contexto familiar e comunitário. Desta forma, a contrarreferência proporcionou a construção de uma prática assistencial humanizada, solidária e preocupada com o usuário, e o ato de se interessar pelo usuário faz com que ele também se interesse por si, sendo integrado à produção do seu próprio cuidado.

Por outro lado, apesar de perceberem que o usuário se sente valorizado, alguns profissionais do HCPA afirmaram terem tido *“dificuldade na comunicação com o usuário.”* PSE3.

A comunicação com o usuário, em alguns momentos, justifica-se ser difícil, frente aos diferentes níveis de conhecimento e instrução compreendidos nesta relação. Por o usuário ser leigo e não conhecer o sistema de saúde cabe ao profissional utilizar linguagem adequada à sua compreensão, de forma a aproximar-se mais da sua realidade.

Assim, em muitos momentos o profissional deve saber lidar com estas dificuldades, e de acordo com Lefevre, Lefevre e Figueiredo (2010), a comunicação em saúde deve ser estabelecida em um contexto que contemple o diferente e o semelhante. Deve considerar o semelhante na medida em que o comunicador ou promotor da saúde compreende que os indivíduos com quem interage possuem uma identidade coletiva configurada por interesses e objetivos em comum. Por outro lado, o diferente também deve ser considerado ao passo que pessoas que constituem uma mesma representação social possuem conteúdos e argumentos diferentes, assim como determinada formação sociocultural é composta por também, diferentes representações sociais, refletindo em diferentes formas de ver o mundo e dentro dele o processo de saúde e doença.

Os entrevistados ainda referiram ter dúvidas quanto a capacidade do usuário em compreender o processo de encaminhamento para a ESF e se ele realmente iria comparecer na unidade de saúde e com a documentação necessária.

“Então eu ficava meio perdida pensando: “será que ele vai ir com o papel?” PSE3.

“nós reforçávamos que ele procurasse o posto, mas não ficava a certeza de que ele iria.” PSE3.

“mas no final assim, na hora da alta, eles recebem bem o encaminhamento, eles referem que irão ao posto.” PSE4.

Percebe-se nestes depoimentos que o profissional de saúde conhece o usuário que frequenta seu serviço, visto que não sentiram segurança em afirmar que o paciente procuraria a ESF, mesmo ele tendo aceitado bem a contrarreferência e tendo afirmado que iria a unidade de saúde. De fato, esta incerteza dos profissionais de saúde é baseada na subjetividade da comunicação com o usuário, e se confirma no fato de que a maioria dos usuários não procurou a ESF e quando encontrados por meio de busca ativa, eles não tinham o DCR.

Para os profissionais das ESFs, os usuários devem ter estranhado a comunicação da contrarreferência e não sabiam *“se o usuário imaginou que a contrarreferência é algo*

diferente.” PESF3., ressaltando que achavam *“que ele não tinha expectativa de nada.”* PESF3.

Para os profissionais de saúde é difícil prever o que o usuário entende como contrarreferência, ou o que ele espera deste encaminhamento, frente à todo o estigma enfrentado pela atenção primária, que a caracteriza por ser uma assistência de pouca qualidade e destinada àqueles de baixa renda. Neste contexto, os usuários, em sua maioria, não entendem claramente como funciona o SUS, não sabem diferenciar os tipos de serviço que lhe são oferecidos e também não conhecem os seus direitos como usuários. Estas ideias são constatadas na pesquisa realizada por Santos, Anjos e Costa (2011), na qual a maioria dos usuários desconhece quais são os serviços de atenção primária e que poucos conseguem conceituar sua percepção do atendimento que receberam como “bom” ou “ótimo”.

Constata-se que tanto na ESF quanto no SE, os profissionais percebem a subjetividade da comunicação com o usuário, e que o fato de eles concordarem com o que está sendo dito ou aceitarem a assistência que esta sendo ofertada, não significa que eles compreendem a importância dessas ações ou que irão aderir ao tratamento e buscar as opções de cuidado que lhe são oferecidas.

Corroborando esta constatação, os profissionais da ESF enfatizam que foi necessário procurar este usuário no seu domicílio a partir do contato do SE, e que ele recebeu bem a equipe na visita domiciliar. Assim, no desdobramento da busca ativa, os profissionais de saúde decidiram atuar com cautela, como declararam a seguir:

“nós também não vamos agredi-la e ir com tudo para cima dela (...) ela já teve uma boa aceitação então nós estamos indo com calma.” PESF2.

Percebe-se que o usuário concorda com os encaminhamentos e os tratamentos que estão sendo preconizados devido ao medo de gerar uma situação de conflito com os serviços de saúde. Isto se embasa na dependência, que eles sabem ter, dos serviços de saúde para a continuidade dos cuidados. Assim, as motivações para o usuário não procurar o serviço são desconhecidas e frente a isso, justifica-se a cautela ao realizarem uma busca ativa. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde, na abordagem deste usuário, estabelecer um contato respeitoso e ético que busque fortalecer a confiança entre eles e na qualidade da assistência que lhe esta sendo oferecida.

Para que este vínculo seja fortalecido o que falta ao usuário, de acordo com os entrevistados na ESF, é ele valorizar o que os serviços de saúde estão disponibilizando e se

interessar pelo seu próprio cuidado, como descrito nas falas a seguir: “*Para mim o que falta mesmo é o usuário se conscientizar da importância do cuidado.*” PESF4. Os profissionais ainda afirmam que o usuário deve ser educado quanto a sua participação no planejamento do cuidado e da execução das ações direcionadas à sua saúde, envolvendo-se com os mecanismos propostos:

“deve haver a responsabilização do usuário em fazer parte do tratamento (...) porque eu sou só apoio, profissional de saúde é só apoio ao autocuidado, se ele não vê a importância nisso, bom tem que trabalhar para que ela veja importância nisso.” PESF2.

Frente a esta necessidade de que o usuário compreenda a importância de se tornar protagonista de seu cuidado, de conhecer as políticas públicas de saúde, que norteiam as ações destinadas a ele pelos serviços de saúde, e seus direitos e deveres como usuário do SUS, faz-se necessária a existência de ações educativas, que estimulem o usuário a participar do planejamento e execução das ações de saúde, de forma autônoma e criativa.

Neste contexto, a equipe de saúde para educar a população deve convocar as pessoas e a comunidade a serem corresponsáveis pela sua saúde e qualidade de vida, assim como daqueles que o cercam. Para tal, o processo educativo deve ser gradual, contínuo e interativo, englobando o usuário em seu contexto, permitindo que ele se apodere das suas reais condições para que sejam possíveis mudanças concretas em suas condições de vida (SOARES et al., 2010). Como sujeito é necessário empoderá-lo, ou seja, conscientiza-los por meio do fornecimento de informações sobre o campo da saúde e habilidades vitais, capacitando-o para atuar de forma autônoma e fazendo suas próprias escolhas (OLIVEIRA, 2005).

De acordo com os entrevistados, por meio do empoderamento do usuário, pode-se obter maior comprometimento deste com o seu cuidado e com os processos de saúde que o cercam como a CR. Assim, o usuário ciente de seus direitos e principalmente seus deveres torna-se o principal ator do sistema de saúde, sendo responsável por sua documentação, conhecendo àqueles também responsáveis por sua assistência de saúde e sendo promotores do seu próprio cuidado.

5.3 “Somar os conhecimentos, trocar experiências e decidir conjuntamente”- a organização do trabalho e o estabelecimento das relações profissionais.

A presente categoria engloba as relações de trabalho construídas entre os profissionais do mesmo serviço para gerar ações de saúde destinadas à produção do cuidado a partir da contrarreferência.

Inicialmente, a organização do trabalho no SE mostrou sinais de fragmentação, uma vez que os profissionais entrevistados indicaram o projeto de contrarreferência como algo que gerou atritos entre a equipe responsável por desenvolver este mecanismo. Esta situação foi justificada, inicialmente, pelo número reduzido de profissionais envolvidos na viabilização do projeto e também na divisão das tarefas, como referido nas falas abaixo:

“quem vai fazer e quem não vai fazer, quem que liga e quem não liga, quem é que faz a ficha, quem é que não faz, quem vai escrever no livro ata, então acho que isso era algo que gerava discórdia.” PSE5.

“Nós éramos cinco residentes e cada residente era responsável por um dia, porque se não, todos os dias um ficar responsável, era ruim.” PSE2.

Inicialmente, a forma como o trabalho se organizou buscou desenvolver a avaliação dos usuários, o que gerou a fragmentação deste processo, como referido a seguir: *“A gente teve que fazer divisões de tarefas entre a equipe multiprofissional, se dividir em olhar os usuários. Acabou que as mesmas pessoas fizeram isso durante mais ou menos um mês.”* PSE3.

Esta abordagem inicial, de acordo com Matos e Pires (2006), é característica de unidades hospitalares que se organizam estruturalmente a partir de organogramas clássicos, com estruturas hierarquizadas e verticais. Neste prevalecem às relações formalizadas com fragmentação de responsabilidades. Esta forma de organização gera resultados insatisfatórios e ineficientes que não correspondem às necessidades do usuário do SUS.

Dentro desta estrutura, também se organizam as relações de trabalho, que ainda encontram-se fragmentados, com fragilidades nas articulações entre os trabalhadores. Neste sentido, para Borges (2012), existe uma tendência de se seguir um modelo baseado nas ações individuais, onde os profissionais não encontram ressonância na forma como o processo de trabalho está organizado, não havendo espaços para que a integração ocorra mesmo sendo fundamental para compreensão do modelo de trabalho proposto e direcionado para o cuidado integral.

A partir desta organização, focado na divisão de tarefas, a contrarreferência ficou delegada àquele profissional que tinha uma menor demanda no setor. No entanto, é

evidenciado que existiu a preocupação de se realizar as ações, necessárias para contrarreferenciar o usuário, em conjunto.

“o profissional que estava mais disponível ele ia assumir a CR junto com algum outro profissional de apoio assim, que ficaria junto, podendo ser avaliado de uma maneira mais completa por outros profissionais.” PSE4.

Esta preocupação se relaciona com a necessidade do SE em atender os preceitos do SUS que, mesmo diante da divisão de tarefas, buscou realizar suas atividades de trabalho a partir do conceito de integralidade, integrando sua equipe multiprofissional na medida em que suas atribuições assistenciais permitiram, resultando na soma de dois saberes para resolver um mesmo problema. Conforme Duarte, Sena e Xavier (2009), no contexto hospitalar, a falta do sentido da integralidade no cuidado oferecido por uma equipe multiprofissional, gera ações que não atendem completamente o indivíduo, a família e a sociedade.

A constatação acima ainda é complementada pelos entrevistados ao afirmarem que inicialmente a avaliação era feita por um dos residentes e este identificava demandas de outras categorias profissionais e a partir disto era feito uma avaliação integral, conjuntamente, como referido a seguir:

“por enquanto a gente ainda não está usando a anamnese multiprofissional (...) um residente vai fazer a entrevista inicial e vai ver quais as demandas desse paciente, vai tentar descobrir se tem uma demanda para o resto da equipe também.” PSE6.

Os profissionais do SE, justificam esta forma de organização no fato de que a avaliação por muitos profissionais poderia tornar o processo repetitivo e desgastante para o usuário, como na fala que segue: *“nós não vamos todos os residentes em cima do paciente para não causar um constrangimento a ele.” PSE2.*

No entanto, esta justificativa expõe a divisão de tarefas como uma ação que fragmenta a atenção, uma vez que cada categoria profissional possui uma forma diferente de avaliar o usuário e enfoca pontos distintos do processo saúde-doença. Neste contexto, a avaliação para identificação de necessidades de saúde compete a uma única profissão, sendo que um profissional indica demandas de outras áreas.

Esta individualização apontou uma falha na contrarreferência, que surge como reflexo do que a falta de integração entre a equipe multiprofissional pode gerar para a assistência do usuário, como referido na fala que segue:

“não passei nenhuma orientação de cuidado da minha área porque não teve e se tivesse alguma coisa de alguma das outras profissões eu não fazia, eu preferia que eles fizessem, porque daí sim eles estariam fazendo à contrarreferência.” PSE5.

A contrarreferência, como constatado anteriormente, foi erroneamente interpretada por alguns profissionais, sendo fragmentada em sua essência, ou seja, um mecanismo, que buscou integrar diferentes serviços e também profissões, foi concebido na prática deste entrevistado como dependente da especialidade da necessidade de cuidado do usuário.

Mesmo não comunicando às situações que achava não ser de sua competência, o profissional em questão identificou demandas de outros profissionais e discutiu em equipe. No entanto, muitas informações podem ter se perdido a partir desta forma fragmentada de olhar o usuário, uma vez que este profissional ficou encarregado em diversos momentos de realizar a contrarreferência por meio do contato telefônico.

Apesar deste ocorrido, a perspectiva de outros profissionais contrapõe este ponto de vista, evidenciando o trabalho integrado.

“quando tínhamos um paciente que deveria ser contrarreferenciado a gente precisava parar para discutir, fazíamos reunião, e eu era a residente responsável por aquele dia e responsável pelo paciente, então eu passava o caso para toda a equipe envolvida, e juntos identificávamos as demandas.” PSE2.

Esta forma de organizar o trabalho condiz com o que Schneider et al. (2009) afirma que dentro de uma equipe de trabalho todos tem uma atividade específica, pois existe uma divisão das ações e intervenções a serem realizadas junto ao usuário, embora haja interdisciplinaridade neste contexto. Assim, os profissionais atuam de forma semelhante para atingir as metas propostas no plano terapêutico determinado conjuntamente por toda a equipe. Na perspectiva multiprofissional, mesmo existindo as especificidades das profissões, as ações profissionais devem ser conjuntas, e cada profissional deve contribuir com o seu saber, uma vez que as atribuições específicas de cada profissão não são únicas, existindo ainda aquelas que são desenvolvidas por todos os profissionais.

Para esta integração de saberes, as reuniões, citadas na fala dos entrevistados, são fundamentais, uma vez que representam espaços de troca, onde os conhecimentos interagem e transformam a forma de ver o usuário e seu processo de saúde-doença, inseridos em seu contexto social, e não são somente o encontro de profissionais e a soma de suas diferentes

perspectivas. De acordo com Ferreira, Varga e Silva (2009), o momento da reunião é considerado o eixo-central da interdisciplinaridade, pois são nestes momentos que a prática assistencial do trabalho em equipe se materializa e permite uma visão mais integral. É neste contexto também, que os profissionais rompem com uma visão fragmentada, permitindo esta mudança também para àqueles em formação, como os residentes.

Assim, na busca pela integralidade do cuidado e interdisciplinaridade da equipe de trabalho, os profissionais envolvidos no projeto precisaram desenvolver relações com aqueles que compõem a rede de atenção, e neste contexto, o serviço social apareceu como única profissão com experiência no contato com outros profissionais e instituições de saúde:

“o serviço social faz muito esta atividade de CR, a gente já trabalha em rede, então já temos certa experiência (...) é uma coisa que esta dentro do fazer da assistente social, nós trabalhamos muito com a contrarreferência.”
PSE1.

O serviço social é uma profissão que apresenta maior facilidade ou habilidade para trabalhar em equipe, visto que os profissionais desta categoria são preparados para tal desde sua formação acadêmica, pois seu trabalho realiza-se coletivamente. Esta formação de orientação generalista reforça a visão integral da realidade a ser trabalhada, corroborando a atual concepção ampliada de saúde e contrapondo-se à concepção fragmentada dos fenômenos sociais. Assim, o fato do serviço social comunicar-se com outras áreas e profissões da saúde contribuem para a construção de novas práticas assistenciais, buscando fortalecer os princípios e diretrizes do SUS, enriquecendo o trabalho em equipe por meio da integração do seu saber com o saber do outro considerando o contexto em que está atuando (ALVES, 2005).

Frente a esta facilidade do assistente social em interagir com a rede de saúde, os residentes da RIMS buscaram organizar-se para também estabelecer relações de trabalho com outros profissionais, como referido a seguir: *“a organização do meu trabalho teve que se adaptar a essa dinâmica de entrar em contato com outro profissional que não fosse, às vezes, da mesma categoria profissional que a minha.”* PSE3.

A forma como o SE se organizou e as relações de trabalho se estruturaram revelou também as dificuldades no relacionamento entre equipe multidisciplinar e equipe médica, sendo enfatizado que a contrarreferência não foi encarada com cuidado por eles, uma vez que era bastante complicado conseguir que a equipe médica se envolvesse no processo, ou que simplesmente contribuíssem para que este mecanismo fosse bem sucedido.

“no início da contrarreferência a equipe médica encarou de uma forma negativa, consideraram mais um trabalho, então encontramos bastante resistência da equipe médica em estar fazendo a contrarreferência. Eles não se dão conta, ainda, da importância da realização da contrarreferência.” PSE2.

“é muito difícil acessar a equipe médica, muitas vezes os pacientes estavam na porta para sair e a gente tinha que chamar e dizer que tinha que preencher a parte dos exames no DCR. A gente tinha que correr muito atrás deles, eles poderiam estar mais atentos nisso para nos ajudar e para fazer a contrarreferência.” PSE3.

Esta postura, inicialmente adotada pela equipe médica, não encontra espaço no atual momento da política de saúde nacional, pois, segundo Queiroz e Delamuta (2011), os profissionais entendem que para fazer saúde é necessário que o processo de trabalho se estruture nas bases da interdisciplinaridade. Nesta perspectiva de relações de trabalho, o profissional médico deve abdicar de sua dominância tradicional e se conformar em ser apenas a expressão de uma área profissional. No entanto, existem dificuldades na relação entre médico e equipe multidisciplinar, atribuídas a não conformação do profissional médico ao trabalho colegiado, muito devido à adoção de uma postura autoritária frente aos outros profissionais, sendo esta atitude atribuída a formação nas faculdades de medicina.

A falta de comprometimento por parte da equipe médica no primeiro momento da contrarreferência, descrita pelos entrevistados, foi justificada pelos profissionais como consequência do modelo formativo no qual são inseridos.

“a equipe médica não tem esse pensamento como um todo, pensamento este que a gente, como residente da RIMS, desenvolveu. Já eles, não aprenderam a pensar assim.” PSE3.

“a equipe médica não está acostumada a ter ligação direta com a rede e assim a realização da contrarreferência, às vezes, é difícil.” PSE5.

A partir das constatações dos entrevistados, entende-se que a equipe médica reproduz na sua prática um modelo biomédico que ainda é encontrado no processo de formação destes profissionais (ALBUQUERQUE et al., 2009), com consequente dificuldade em visualizar o usuário inserido em seu contexto social e na rede de serviços de saúde, sendo característica de uma atenção curativista, centrada no hospital, que visa à doença e não o usuário.

Além disso, a categoria médica, em geral, vem por anos priorizando a intervenção hospitalar, que se caracteriza por ser extremamente reducionista na atenção a saúde, uma vez que não considera o sujeito como um ser integral e complexo (ZENI; CUTULO, 2011). Nesta concepção, os entrevistados identificam esta postura na equipe médica do SE, que não conseguem integrar seu saber com o de outros profissionais, o que implica diretamente nas suas práticas de cuidado.

O desinteresse inicial pela contrarreferência por parte dos médicos caracterizou-se principalmente pela resistência destes profissionais em preencher o DCR e também em comunicar a equipe multiprofissional que o paciente estava de alta, como nas falas a seguir:

“eles tinham que preencher a ficha e aí falavam: ai mais uma coisa que a gente tem que fazer.” PSE3.

“muitos médicos não sabiam o que preencher no DCR (...) Eles não estão acostumados a deixar claro que o paciente está de alta, eles não comunicavam a equipe da alta do paciente e então o usuário ia embora e nós o perdíamos.” PSE5.

Observa-se que a equipe médica se autoposiciona no centro da hierarquia hospitalar, apresentando um comportamento que não condiz com o que é priorizado para que a contrarreferência seja um mecanismo possível. Visivelmente mostram-se distantes dos outros profissionais no que se refere à execução das etapas deste mecanismo, e este fato é corroborado pelo fato de que nenhum médico realizou a contrarreferência propriamente dita.

Contribuem também para esta situação a forma de organização histórica dos hospitais que, de acordo com Vaghetti et al. (2011), ocorre de forma hierárquica, gerando disputas profissionais e acarretando em conflitos organizacionais. Os significados desta disputa caracterizam-se por uma cultura de distanciamento entre os trabalhadores, sendo esta situação determinada pelas diferentes interpretações da finalidade e produto final da assistência em saúde. Isto gera profundas rupturas nas relações de trabalho, mesmo quando todos almejam uma otimização do atendimento oferecido ao usuário.

Frente a este contexto, os entrevistados destacam que a alta do paciente só era comunicada para toda a equipe de saúde quando o médico sentia alguma necessidade de apoio para a execução da prescrição médica, como referido a seguir: *“quando o paciente precisava de um medicamento, um antibiótico e não tinha condições de comprar, eles nos avisavam da alta, aí fazíamos contato com outros profissionais e recursos da rede para conseguir esse medicamento, mas se é só um paciente incluído no projeto de contrarreferência, que precisa*

mais do acompanhamento de outro profissional ou de outro serviço, eles não nos avisavam.” PSE6.

A valorização da clínica pelos profissionais médicos tende a sobrepor as necessidades biológicas do usuário frente às necessidades psicossociais, e isso se estende para o modo como utilizaram a contrarreferência, se apropriando deste mecanismo como um meio de conseguirem dar continuidade ao tratamento. De certa forma, eles buscam alcançar a finalidade da contrarreferência, que é a assistência contínua, porém, este seguimento de cuidado não é holístico, ele limita-se ao tratamento clínico, abordando então as necessidades biológicas de cuidado e não se preocupando com as subjetividades envolvidas neste processo. Em alguns casos, o que ocorre é o diagnóstico e o tratamento no SE e a contrarreferência é realizada para o ambulatório hospitalar, para realização de uma consulta especializada.

Em decorrência de uma formação a partir de um modelo biomédico que enfatiza a especialização do cuidado, e ocorre de forma dicotômica, separando o “bio” do “psicossocial”, gera-se uma percepção fragmentada do ser humano e do seu processo de adoecimento. Devido a isto, a atuação destes profissionais se caracteriza pela medicalização das queixas de ordem psicológicas e/ou sociais, gerando um aumento dos custos com a saúde, e uma assistência ineficiente, que oferece uma resolutibilidade imediatista de problemas de saúde específicos (CIUFO; RIBEIRO, 2008).

Frente a esta falta de integração, a equipe multiprofissional, buscou estratégias para que isto não prejudicasse o paciente, e que as altas não informadas não se tornassem uma situação frequente. Assim, os médicos passaram a ser avisados de que o paciente deveria ser contrarreferenciado.

“a gente sinalizava que o usuário era do projeto de contrarreferência, para que, quando ele tivesse previsão de alta, eles pudessem estar falando para a gente, e não perderíamos o usuário.” PSE2.

Além disso, houve alternativas que buscaram o envolvimento da equipe médica, como a realização de reuniões e apresentações do projeto de contrarreferência: *“a gente começou a apresentar o projeto todo mês, quando trocava os residentes e os doutorandos, precisávamos apresentar projeto, explicar porque a gente estava contrarreferenciando.”* (PSE2). No entanto, estas tentativas de integração partiram da RIMS, não sendo atividades institucionais, o que refletiu na dificuldade de continuação deste processo, principalmente frente à falta de confiança dos profissionais médicos.

“depois com o tempo foi se perdendo porque quem tava explicando éramos nós, os residentes, nenhum contratado participava junto, e eram eles que estavam fazendo a diferença. Não que a gente, os residentes da RIMS, não fôssemos suficientes, mas os médicos não nos encaravam como uma coisa séria.” PSE5.

Esta problemática foi estudada por Ferreira, Garcia e Ferreira (2010), para quem a equipe médica, ao não concordar com os objetivos propostos pela organização hospitalar, tende a priorizar seus próprios interesses, gerando discórdia entre equipes de trabalho. Estes atritos são percebidos pelos profissionais não médicos como atitudes de superioridade dos médicos em relação àqueles de diferentes categorias profissionais e/ou classe social. Esta percepção é, na maioria das vezes, gerada pelas instituições de ensino que, durante o processo de socialização dos alunos interiorizam valores e normas que os diferenciam dos demais.

Atitudes como esta, ao contrariar o princípio da integralidade, deixam de contribuir com o esperado pela instituição, no que se refere ao reconhecimento social, tal como na busca da acreditação hospitalar, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Esta visa à qualificação da assistência prestada ao usuário e a adesão eficaz dos hospitais a este processo pressupõe a interligação em rede dos setores e seus colaboradores, de tal maneira, que um componente interfere no resultado institucional. Assim, a falta de integração das equipes multiprofissionais e inexistência de coesão entre os profissionais, que deveriam estar unidos para oferecer excelência de atendimento, fragilizam o processo de acreditação, comprometendo a qualidade do serviço oferecido (MANZO et al., 2012).

Nas ESFs, verificou-se a existência de uma organização interdisciplinar do trabalho e a valorização do saber de todos os profissionais da equipe de saúde:

“ao atuar em equipe para atender o usuário contrarreferenciado a gente acaba somando os conhecimentos, trocando experiências e decidindo conjuntamente qual será a melhor conduta.” PESF2.

Nestes serviços, o atendimento ao usuário caracterizou-se, principalmente, por ser previamente discutido e planejado por todos os membros da equipe, evidenciando o envolvimento dos profissionais com o cuidado a ser prestado e também a integração da equipe em busca de um objetivo comum. A valorização do saber do outro é uma prática preconizada

nas ESF, visto que estes serviços surgem como uma alternativa a atenção hospitalocêntrica e fragmentada, ao proporcionar integração entre trabalhadores de saúde e com a comunidade.

Este preceito é reforçado por Pedrosa e Teles (2001) ao afirmarem que o modelo de atenção integrado, preconizado nas ESFs, busca consolidação por meio do desenvolvimento de habilidades e mudança de atitude nos profissionais, uma vez que estes se mostram comprometidos a enfrentar e resolver problemas por meio da articulação de saberes e práticas com diferentes graus de complexidade tecnológica, integrando vários campos do conhecimento.

Para favorecer a integração, as reuniões foram os espaços escolhidos, também, na ESF para em equipe se realizar a avaliação e as decisões do que era necessário ao usuário: *“Todos os casos foram discutidos em reuniões de equipe, planejamos uma visita domiciliar e o tratamento, após verificamos as informações com os agentes comunitários, que nos levaram até a casa dos usuários.”* PESF1.

As reuniões de equipe constituem um mecanismo de articulação que possuem papel estratégico na abertura de espaços de negociação e de reflexão. Este mecanismo favorece a integração entre os profissionais e possibilita a discussão sobre a dinâmica cotidiana do trabalho, permitindo assim o exercício da integralidade da assistência e melhoria da qualidade dos serviços (BORGES, 2012).

Na ESF, assim como no SE, as reuniões surgem como o momento encontrado pelos profissionais para dialogarem, discutirem e planejarem a assistência prestada ao usuário. No entanto, enquanto no SE, existia uma avaliação prévia de um profissional e após a identificação dos principais problemas o caso do usuário era levado à equipe. Na ESF, o caso do usuário contrarreferenciado era passado à equipe logo após o contato telefônico, e juntos avaliavam e conversavam sobre o usuário, buscando a melhor alternativa para assisti-lo.

Para viabilização da contrarreferência foi previsto que os profissionais realizassem consultas médicas e/ou de enfermagem, ou visita domiciliar, e a partir disto, acompanhassem o usuário no seu tratamento, na evolução de seu quadro clínico e buscassem prevenir agravos à saúde, fortalecendo o vínculo com o serviço. Estas atividades já eram realizadas como parte da rotina dos profissionais, além disso, a comunicação com serviços de saúde localizados na área de atuação da ESF ou com os serviços de referência da ESF, é uma prática também já instituída nos serviços da atenção primária. No entanto, algumas ações tiveram que ser acrescentadas ou modificadas para que fosse possível receber o usuário contrarreferenciado.

“o que é previsto pela contrarreferência são as atividades planejadas para a ESF.” PESF2.

“todo o atendimento de enfermagem é realizado conforme a rotina na ESF e também conforme o que é preconizado para o atendimento de enfermagem.” PESF4.

“houve a necessidade de ajuste do dia da visita domiciliar.” PESF1

“tive maior atenção, após a ligação do HCPA, deixando a equipe avisada que se o usuário aparecesse na unidade era para segurá-la.” PESF3.

Assim, nas falas dos entrevistados, percebe-se que, frente à contrarreferência, os profissionais reorganizaram sua forma de trabalhar, visto que utilizaram as ações de saúde de forma que contemplem o usuário que foi encaminhado, e incluíram, como atividade da equipe, ser corresponsáveis pelo acompanhamento deste.

Na descrição das ações planejadas a partir da contrarreferência, percebe-se a que as relações de trabalho foram construídas de forma integrada com outro serviço envolvendo todos os profissionais responsáveis pela assistência do usuário. Dentre essas atividades foram realizadas a visita domiciliar, o tratamento diretamente supervisionado e também a marcação de consultas em outros serviços de saúde e acompanhamento por outros profissionais da rede, como a seguir:

“entramos em contato com a fisiologia da nossa área de atuação (...) ela reiniciou o tratamento na fisiologia (...) e nós iniciamos um tratamento diretamente observado.” PESF3.

“nós iremos acompanhar as consultas dele nos outros serviços de rede para também sabermos o que está acontecendo com ele, para poder fazer uma terapia adequada.” PESF2.

“nós temos como estratégia a busca ativa do usuário, nós fomos até ela e fizemos uma visita domiciliar.” PESF1.

A partir destas falas, observa-se que são atividades já previstas como ações próprias da ESF, e que exigem a reorganização do trabalho dos profissionais para que possam ocorrer de maneira adequada. Segundo Gonzales et al. (2008), a execução das ações no domicílio exige uma estrutura mínima de recursos humanos e materiais, e por isso precisa ocorrer uma reorganização interna do serviço, visto que deve ser designado um profissional para acompanhar o usuário no tratamento e que também mantenha a continuidade das atividades executadas no âmbito do serviço de saúde.

Corroborando as constatações anteriores, identificou-se nas falas dos profissionais que os cuidados destinados aos usuários foram realizados por toda a equipe da ESF, de forma contínua.

“o usuário necessitava de um curativo, que foi avaliado pelo médico e também pela enfermeira, a agente de saúde providenciou uma consulta previamente agendada, para ajuste de dose da insulina e orientações sobre o uso do medicamento.” PESF4.

Percebe-se nesta fala a integração da equipe, na qual um profissional conhece o âmbito da atuação do outro, utilizando as ações das diferentes profissões de forma complementar, gerando assim um cuidado integral do usuário.

5.4 “Ver que tem uma rede que se pode estar integrando com o atendimento” - a integração entre os serviços de saúde.

Nesta categoria foram abordadas as diversas percepções dos profissionais do SE e também da ESF, quanto às relações estabelecidas entre estes serviços para realizar a contrarreferência dos usuários. Tentou-se, ao agrupar essas percepções, entender como os profissionais percebem esta integração e o que eles conhecem da organização dos outros pontos de atenção, buscando visualizar a formação de uma rede de atenção a partir desta iniciativa.

A contrarreferência no SE surge como uma alternativa de cuidado a ser oferecida ao usuário, e os profissionais entrevistados afirmam que este mecanismo passou a ser conhecido por eles a partir da RIMS. Ainda referem que desconheciam a capacidade de atendimento ao usuário proporcionado pelas ESFs.

“essa noção de referência, veio muito com a residência pra gente (...) eu não tinha esse hábito de ter ou fazer a CR.” PSE3.

“e eu achava que fosse um funcionamento diferente, que fosse tanta gente que elas não conseguiriam nem olhar.” PSE4.

O desconhecimento da competência de outro serviço de saúde em oferecer atendimento aos usuários e da existência de mecanismos integradores é reflexo de uma formação profissional em saúde especializada, com crescente valorização das disciplinas técnicas e clínicas, abordando separadamente aquelas que trabalham os princípios e diretrizes do SUS, e despreocupada com a interação dos alunos com o contexto dos serviços de saúde. Assim, era esperado que os residentes da RIMs, desconhecêssem o funcionamento da contrarreferência e o trabalho em rede de atenção.

Corroboram esta ideia, Cecim e Feuerwerker (2004), ao afirmarem que o modo como os cursos de graduação em saúde se organizam não incorporam os conhecimentos de gestão e estruturação do cuidado à saúde, tão necessários para o trabalho em saúde, formando profissionais despreparados para o SUS. Para os autores, a formação em saúde deve envolver a produção de subjetividades, de habilidades técnicas de pensamento e de adequado conhecimento sobre o SUS, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais, estruturando a organização do trabalho a partir da problematização do contexto no qual o profissional se insere, acolhendo as diversas necessidades do usuário, dos coletivos e das populações.

Inserida nesta percepção de formação em saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde surge como estratégia orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, buscando a integração do ensino-serviço-comunidade, utilizando abordagens pedagógicas que sejam capazes de modificar os cenários de aprendizagem configurados em linhas de cuidado, garantindo a formação integral e interdisciplinar. Visa também, integrar os saberes e práticas frente à necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde, desenvolvendo integralidade que contemple todos os níveis de atenção à saúde e a gestão do sistema (BRASIL, 2009).

O desenvolvimento da contrarreferência, além de proporcionar o aprimoramento dos princípios que fundamentam a instituição das residências multiprofissionais em saúde, ampliou o saber dos entrevistados sobre redes de atenção, principalmente quanto à noção da existência de outros serviços complementares ao atendimento hospitalar.

“ver que tem uma rede que a gente pode estar integrando com o atendimento do hospital, acabou virando uma rotina já implementada na minha prática.” PSE3.

A existência de uma rede de atenção esta diretamente relacionada com o grau de comunicação entre os nós que a formam, e para que haja a comunicação é necessário que os profissionais conheçam os serviços que compõem a rede e que estão disponíveis para complementar o cuidado. Neste sentido, a RIMs, ao se envolver com o desenvolvimento da contrarreferência, proporcionou aos residentes um processo de aprendizagem em serviço.

Estes também desenvolveram a capacidade de dialogar com outro serviço e outros profissionais e obtiveram conhecimento sobre a forma como o atendimento em saúde é realizado em outros locais. Assim, percebe-se, que este mecanismo integrador contribuiu para que os residentes modificassem sua prática assistencial, que até então era conformada com o modelo biomédico aprendido na graduação, buscando inserir-se em um modelo que contempla a integralidade e a humanização da assistência através dos processos de trabalho baseados nas necessidades do SUS.

A importância do trabalho em redes de atenção foi percebida pelos profissionais do SE, uma vez que afirmam que a comunicação entre profissionais é necessária, ressaltando que a ausência de informação e diálogo é um fator prejudicial para a assistência em saúde.

“se pudéssemos conversar mais em rede, tiver treinamentos e capacitações, onde as pessoas pudessem trabalhar mais juntas (...) porque elas também precisam estar capacitadas, também precisam ter a mesma linguagem.” PSE1.

“às vezes o cuidado falha porque a informação não é continuada, ela começa e para.” PSE1.

O estabelecimento da conversa a partir da contrarreferência permitiu o desenvolvimento de uma reflexão frente à ausência da integração em saúde, permitindo que os profissionais experimentassem as vantagens do diálogo estabelecido com outros serviços e sentissem necessidade de que estes benefícios fossem mais amplamente divulgados. Esta percepção pode ser justificada pela ausência da contrarreferência dentro do sistema de saúde, por isso a comunicação que ela preconiza, é vista como algo que ainda precise ser trabalhado com os profissionais de saúde.

Neste contexto, a contrarreferência é apontada como primordial para o fortalecimento da rede de atenção e também da integralidade, uma vez que evidencia a necessidade de comunicação entre os serviços que prestam atendimento ao usuário.

“a contrarreferência surge como uma oportunidade de poder estar fortalecendo com a rede, de poder estar conversando, não só com a ESF, mas também com qualquer serviço a que esse paciente pertença.” PSE1.

De acordo com Silva et al. (2005), a não articulação entre os diferentes níveis de densidade tecnológica, ou seja, a integração entre equipes para o compartilhamento de informações sobre o usuário, impossibilita a continuidade da atenção, uma vez que não há a estruturação do sistema de referência e contrarreferência.

Além da noção de rede desenvolvida pelos profissionais a partir da contrarreferência, também se observa na fala dos profissionais a relevância dada ao cuidado a ser realizado na ESF a partir da atenção oferecida pela emergência. Além disso, os profissionais da ESF são descritos como comprometidos com o paciente ao demonstrarem conhecer o usuário que está sendo contrarreferenciado.

“ele tinha que sair com o posto de saúde ciente que ele estava saindo, para que fossem revisadas todas as orientações de cuidado que eu tinha dado.” PSE3.

“Na ESF afirmaram que se o paciente não viesse, no outro eles ligariam para a casa dele. Então mostra que as pessoas são dedicadas. E eles perguntam pelo paciente, e é legal quando eles reconhecem o usuário.” PSE4.

Os serviços da APS culturalmente são vistos como serviços de pouca qualidade, com poucos recursos, e assim passam a ser desconsiderados como serviços que ofereçam cuidado efetivo ao usuário. Frente a isso, os profissionais de saúde que atuam em outros níveis de atenção, desconhecem o trabalho nas ESFs, e subestimam a capacidade resolutiva, o conhecimento clínico e também o interesse pela saúde do usuário daqueles que atuam na atenção primária.

O que os entrevistados do SE referem é a impressão que tinham antes de estabelecerem comunicação com os profissionais da ESF e a impressão que tem após o contato, de como as ESFs também são empenhadas no cuidado ao usuário. E isto se apresenta como uma novidade para os profissionais do SE, evidenciando, no contexto de formação profissional e também de trabalho em saúde o grau de desconhecimento e de falta de integração da rede de atenção que estes profissionais tinham antes de participarem da RIMs e também do projeto de contrarreferência.

Contrariando esta percepção, a fala de um profissional enfatiza que a contrarreferência tem sido realizada de forma imposta e que seus resultados não são visualizados pela equipe. Este afirma também que, apesar de existir comunicação entre os serviços, ela aborda exclusivamente assuntos relacionados ao paciente, não existindo uma discussão sobre o que os profissionais da ESF e da emergência pensam sobre o mecanismo que está sendo implantado.

“a gente está fazendo porque tem que fazer, não se conseguiu ver a importância de se estar fazendo a contrarreferência, se a gente tivesse tido um retorno, foi o que a gente propôs nas reuniões, para sentarmos com o pessoal de lá e ver o que eles estão achando.” PSE5.

No entanto, essa ausência de resultados é citada em um contexto imediatista e justifica-se por ser um mecanismo recém-implantado e, conforme a fala a seguir, é uma modificação cultural dentro do serviço de emergência.

“essa mudança de cultura, essa questão de poder fazer esses encaminhamentos, isso a gente tem que plantar uma semente e daqui a pouco isso aparece, leva tempo para acontecer, mas a gente que trabalha muito tempo nesse meio sabe que as coisas acontecem devagar.” PSE1.

Nas ESFs, a contrarreferência é percebida como um mecanismo que promove a comunicação e conseqüentemente melhora o planejamento do cuidado ao usuário, principalmente por obterem as informações referentes ao período de internação hospitalar e quais suas necessidades naquele momento.

“Então a gente sabe por onde ele anda, o que aconteceu com ele, o que mudou de uma internação para outra, o que precisa ser mais observado, que cuidado necessita ser reforçado.” PESF4.

Assim, os entrevistados afirmam que ter este tipo de retorno, de ter integração com qualquer serviço que preste assistência ao usuário de sua área de referência, de forma a realizar troca de informações, facilita o trabalho da equipe da ESF e também beneficia o usuário.

“Isso para nós então é muito importante, facilitou muito o trabalho com a paciente ter este tipo de retorno (...) qualquer tipo de contato para nós é muito, muito mais engrandecedor para o cuidado com o paciente, para o planejamento.” PESF1.

Os profissionais da ESF percebem este mecanismo integrador de forma positiva, uma vez que, por possuírem um grande número de usuários adstritos em sua área de atuação, obter informações imediatas sobre o usuário, permite que o serviço planeje as ações de cuidado antecipadamente. Além disso, sem este contato, os profissionais levariam mais tempo para tomar conhecimento da hospitalização do usuário e teriam maior dificuldade em saber o porquê da internação e qual o atendimento que foi prestado.

Obter essas informações significa um acompanhamento de qualidade, refletindo em tempo hábil para buscar outros serviços complementares e decidir os recursos que serão destinados ao usuário, podendo ou não evitar que ele busque o serviço de emergência desnecessariamente.

A facilidade para o planejamento de saúde é justificada por Silva (2005), ao afirmarem que conhecer previamente as necessidades do usuário permite a construção de um projeto assistencial bem direcionado, com aproveitamento adequado de recursos humanos e materiais. Assim, o planejamento de ações de saúde, a partir da previsão de demandas, favorece a construção de um processo de trabalho que conta com a cooperação dos diferentes profissionais e com olhares diferentes frente ao usuário, sendo efetivo para o trabalho em equipe.

No entanto, de acordo com os profissionais de saúde, este contato, a partir de um serviço hospitalar, é raro, principalmente no que se refere à intenção de realizar um cuidado contínuo com outro serviço, que possa complementar o cuidado a este usuário.

“eu acho que foi uma das poucas vezes que o setor de atenção terciária se preocupou mais com o paciente quando ele sai de lá.” PESF1.

Segundo Costa-e-Silva, Rivera e Hortale (2007), em estudo sobre a integração entre serviços de saúde, os profissionais das equipes hospitalares mantêm pouco contato com as equipes das ESFs e não priorizam o trabalho em equipe, justificando estas ações no fato de também não receberem informações sobre os motivos do referenciamento. Além disso, os autores verificaram que o encaminhamento de volta para a ESF era feito verbalmente entre profissional e usuário, não havendo uma contrarreferência formal entre os serviços.

Assim, como já referido anteriormente, a contrarreferência como atividade é praticamente inexistente no SUS, e o projeto foco deste estudo, é uma das poucas iniciativas desenvolvidas no cenário nacional. Assim, não surpreende que os profissionais da ESF

afirmem ser uma das poucas vezes que foram contatados por um serviço hospitalar, por este estar interessado na continuidade do cuidado do usuário.

5.5 “Saber o que aconteceu é valorizar o usuário” - continuidade da atenção como desfecho da contrarreferência.

Nesta categoria buscou-se agrupar as percepções dos profissionais de saúde referentes ao potencial que a contrarreferência oferece para o cuidado contínuo, assim como os benefícios que este mecanismo acarreta para garantia desta atenção e de que forma a contrarreferência atua como sinalizadora de necessidades de cuidados.

No SE, a contrarreferência é visualizada como um mecanismo que assegura a assistência à saúde do usuário em outro nível de atenção, pois as ações de saúde podem ser reforçadas por outros profissionais que podem garantir a continuidade do cuidado.

“a contrarreferência causa uma segurança maior em nós profissionais de que aquele paciente vai ter a possibilidade de ser assistido pela unidade básica quando ele sair da emergência” PSE2.

“com a contrarreferência fica a certeza de que nossas orientações serão revisadas na ESF, assim com esse contato se via a possibilidade do posto em conseguir continuar fazendo o cuidado.” PSE3.

“ficava uma sensação de continuidade e de que aquele paciente não precisaria mais voltar para a emergência, que ele estaria sendo assistido na unidade básica.” PSE2.

Os profissionais da emergência percebem a contrarreferência como uma forma de garantir a continuidade da atenção, mostrando-se preocupados com a assistência a ser oferecida ao usuário após a alta. Esta percepção está de acordo com os objetivos deste mecanismo que busca construir uma rede de atenção à saúde qualificada e centrada no atendimento integral do usuário. De acordo com Costa (2009), a integralidade em saúde, a partir do hospital, não pode ser pensada sem a corresponsabilização deste serviço no momento da alta. Este deve ser considerado um momento privilegiado, no qual o tratamento pode ser continuado em outra unidade de saúde, e os profissionais não devem apenas desempenhar um papel burocrático de quem realiza a contrarreferência, mas também se comprometer com o cuidado que será produzido.

Além disso, espera-se que este mecanismo, ao promover a continuidade da atenção, reduza a busca do usuário pelo serviço de emergência: *“com a contrarreferência, o usuário fica conhecendo o programa né, e acaba que ele reinternar menos na emergência, isso é uma realidade.”* (PSE7). Em relação a esta percepção, a literatura tem indicado evidências de associação entre a continuidade do cuidado e a diminuição da taxa de internações, com maior satisfação do usuário (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

A superlotação dos serviços de emergência é característica do cenário nacional e internacional de saúde. Assim, reduzir a superlotação destes serviços, é uma expectativa mundial. Neste sentido, diversos estudos (DREIHER et al., 2012; CHENG; HOU; CHEN, 2011; CABANA; JEE, 2004; GILL; MAINOUS, 1998) indicam a continuidade do cuidado, realizada pela atenção primária, como fator associado à redução do número de visitas realizadas pelos usuários ao serviço de emergência e também ao menor número de reinternações. Este é um benefício da contrarreferência para garantia da continuidade da atenção.

No entanto, esta atenção contínua, na visão dos profissionais, não é só garantida com a contrarreferência, mas também depende da credibilidade dos serviços de saúde para a população.

“O usuário tem aquela cultura de passar pelo posto e vir diretamente para emergência, por conta própria, por ter um atendimento mais rápido, sem nem entrar no posto. (...) Nós lidamos com pacientes que possuem prontuário de longa data no hospital, assim existe a questão da confiança já estabelecida com a emergência.” PSE1.

“a busca do usuário por emergências hospitalares tem muito a ver com a própria concepção de saúde que o paciente tem.” PSE2.

O usuário, na busca por uma solução imediata aos seus problemas de saúde e deparando-se com um atendimento lento nos centros de saúde, acaba buscando os serviços hospitalares, depositando maior confiança no atendimento oferecido nas emergências, demonstrando um descrédito na capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária, aumentando assim a procura por atendimento em hospitais e diminuindo o acesso equitativo da população (PIRES et al., 2010).

A situação que desencadeia esta procura por cuidado imediato, muitas vezes não é aquela que necessita ser atendida no serviço de emergência. A respeito disto, existe uma grande discussão na literatura, a partir de resultados como os do estudo de Escorel et al.

(2007) em que a maior procura pelo atendimento médico de urgência foi entre àqueles pacientes que não apresentaram episódios de doença grave. Também Avanzi e Silva (2005) constataram que somente 30% dos casos atendidos em uma emergência hospitalar eram realmente graves e necessitavam de intervenção imediata.

Além disso, as unidades de saúde devem ser reconhecidas pela população como fonte regular de cuidado, porém, esta identificação depende da oferta e disponibilidade desta fonte, que deve estar de acordo com as necessidades dos usuários (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

Com isto, configura-se uma série de condições que necessitam ser atendidas para que os usuários procurem a atenção primária. A baixa credibilidade é um obstáculo a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, uma vez que para que o atendimento continuar em outro nível de atenção, faz-se necessário que o usuário acredite na potencialidade dos serviços, para os quais serão contrarreferenciados.

Dentro deste contexto, os profissionais do SE afirmam ter muito cuidado ao informar o usuário quanto à contrarreferência, devido à relação de confiança que tem com o hospital para que esta relação seja utilizada de forma a favorecer o encaminhamento.

“tu demanda mais tempo, porque tu tens que sentar, orientar e explicar: - olha, lá na ESF tu vai ter uma pessoa que vai te receber e dar continuidade no teu tratamento. E não dizer para ele que ele não vai mais ser atendido aqui, porque isso é o que pesa muito, o medo deles é de ser atendido em outro local e depois não poder mais voltar.” PSE1.

Uma vez que o usuário confia no profissional da emergência, o ato de ser designado para receber cuidados em outra instituição de saúde, parece gerar, no usuário um sentimento de insegurança em relação à continuidade do atendimento no hospital e por isto ele passa a não procurar o serviço da atenção primária. Desta forma, o cuidado, que o profissional da emergência tem ao falar sobre a contrarreferência, é devido à valorização do que a credibilidade ao serviço representa para o usuário e da forma como este vínculo, já estabelecido, interfere no modo como ele conduzirá suas ações em busca de cuidado e saúde.

Esta situação foi observada por Silla (2008), em seu estudo que constatou que o usuário confia tanto no serviço hospitalar, que acaba não querendo retornar a unidade de saúde, não permitindo ser encaminhado para um serviço de atenção primária e ainda por Munareti (2008), para quem o usuário acredita que o hospital é melhor que outro serviço, e acaba não aceitando continuar seu tratamento em outro local.

Além disso, para os profissionais entrevistados, a falta de orientações claras também contribui para que o usuário se torne descrente da potencialidade que os serviços da atenção primária têm em oferecer cuidados com a mesma capacidade resolutiva que as emergências.

“o que deixa o usuário muito inseguro é a falta de informação, é eu dizer uma coisa e o outro profissional dizer outra, e aí gera a insegurança.”
PSE1.

Ao mesmo tempo em que a falta de informação interfere no mecanismo de contrarreferência, a estruturação deste contribui para que o sistema de informação se desenvolva. Conforme Munareti (2008), um sistema baseado em redes de atenção com mecanismos integradores, permite que os serviços tenham conhecimento de tudo que é feito e ofertado por esta rede. O conhecimento do trabalho realizado em cada serviço, bem como suas formas de atendimento, seus profissionais e horários de atendimento, só é possível a partir de ações comunicativas, e isto resulta em um usuário satisfeito e que é capaz de transitar de forma segura e adequada entre os serviços de saúde. Isto contribui para a mudança da cultura de que o sistema de saúde não é bom e de que não é capaz de atender as necessidades da população.

No entanto, esta cultura ainda mostra-se presente no serviço de emergência, com falta de credibilidade dos profissionais de saúde que atuam em serviços hospitalares na capacidade da atenção primária em resolver os problemas do usuário.

“porque aqui na emergência é aquele pensamento: o posto não dá certo, lá não funciona. E na maioria das vezes, os médicos encaminham o usuário para o ambulatório do hospital.” PSE3.

Culturalmente, no cenário nacional, o SUS é visto como um sistema que não funciona e que é ruim, sendo este um dos dificultadores da contrarreferência, uma vez que, os próprios médicos, gerando inclusive distorções no sistema de saúde no que se refere ao estabelecimento de vínculo mantido com o usuário, marcando mais uma consulta no espaço hospitalar, não o encaminhando para seu serviço de origem (SILLA, 2008).

Esta percepção também afeta a relação entre os níveis de atenção. Em estudo realizado por Costa-e-Silva, Rivera e Hortale (2007) a relação entre os profissionais dos serviços hospitalares e dos serviços de atenção primária foi indicada como baseada em baixíssima credibilidade e pouca cooperação entre eles. Os reflexos na assistência ao usuário consistiram

em que na ESF os profissionais não forneciam, para os serviços de referência, informações completas sobre o usuário e por sua vez, os profissionais especialistas nos hospitais não tinham confiança suficiente na equipe da ESF para delegar o acompanhamento do usuário.

Percebe-se, que existe um descrédito no cuidado oferecido em outro local e também por outro profissional, e isto, conforme Munareti (2008) é consequência do estigma enfrentado pela atenção primária como nível assistencial que comporta serviços de baixa qualidade, tendo como reflexo um atendimento ineficaz devido à realização de encaminhamentos inadequados pela equipe médica. Frente a isso, faz-se necessário, que além da boa comunicação, haja o conhecimento e reconhecimento do trabalho realizado por outros profissionais de saúde, pois se o médico não confia, ele não irá contrarreferenciar.

Mesmo assim, os profissionais da ESF, afirmam que a contrarreferência acarreta benefícios diretos para continuidade da atenção, ao facilitar a identificação das necessidades, sendo um mecanismo sinalizador de problemas e uma ferramenta a mais para o planejamento da assistência ao usuário.

“a contrarreferencia aponta um problema e é um indicador a mais que auxilia na identificação daquilo que não está bem. (...) Colabora com o trabalho feito na ESF ao permitir a elaboração e estruturação dos cuidados e ações destinadas ao usuário. (...) Têm como benefício poder reunir as ações de saúde para que o usuário venha a ter um tratamento efetivo.” PESF4.

“consegue pontuar melhor o problema e se consegue ir direto para a resolução”. PESF3.

“Então é importante trazer para o foco coisas que a gente possa ter mais dificuldade, coisas que a gente possa organizar o serviço também para atender.” PESF2.

Na atenção primária, para que o cuidado seja contínuo, faz-se necessário que a informação também seja. A continuidade da informação favorece o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde, sendo este um processo dinâmico que deve orientar a conduta terapêutica, favorecendo a avaliação da mesma (CUNHA; GIOVANELA, 2011).

A equipe da ESF percebe o contato e a troca de informação entre serviços como fator importante para execução de ações de saúde no âmbito da atenção primária, pois esta possui um grande número de pessoas adscritas no território de sua responsabilidade, sendo difícil identificar suas necessidades de saúde imediatamente após uma alta hospitalar.

Neste contexto, os profissionais entendem a contrarreferência como forma de obter informações sobre as condições de saúde do usuário, e assim priorizar os casos que necessitem de intervenção imediata, gerando um atendimento mais rápido e resolutivo.

“No momento em que algum serviço está me dizendo, está sinalizando alguma necessidade específica do usuário é claro que eu vou priorizar esse atendimento. (...) Sem a contrarreferência, eu acho que a gente ia acabar identificando a necessidade de saúde do usuário, mas ia demorar mais, o que para nós, o tempo é muito importante.” PESF1.

“a informação ajuda a acelerar todo esse processo de identificação do problema e busca de resoluções, acelerando o atendimento deste paciente.” PESF3.

Esta agilidade é importante, considerando-se a quantidade de famílias cadastradas nas ESF como um fator que dificulta o desempenho das equipes de saúde, refletindo na qualidade do acompanhamento oferecido e sendo um complicador para o acesso aos cuidados e para o trabalho da equipe (GOMES; SILVA, 2011). Assim, a continuidade da informação, principalmente quando advinda de outro serviço que ofertou cuidados ao usuário, é primordial para um cuidado integral e efetivo, pois, indica para o profissional a necessidade de saúde daquele usuário, fazendo com que a equipe de saúde busque com mais agilidade planejar a atenção à saúde. Este planejamento muitas vezes é precedido de uma visita domiciliar, que pode ocorrer no mesmo dia da contrarreferência, o que caracteriza um primeiro contato, após o atendimento hospitalar, rápido e focado no usuário.

Neste contexto, a continuidade da atenção é referida como uma forma de dar valor ao usuário, como na fala que segue: *“saber o que aconteceu é valorizar o usuário.” PESF1.* Com isto, as ações de cuidado geradas a partir da contrarreferência podem ser baseadas nos fatores que interferem na saúde do usuário, nos determinantes sociais e itinerário terapêutico deste. Ao planejar um cuidado contínuo, considerando os fatores citados acima, reconhece-se o usuário como protagonista de seu cuidado, no qual sua história de saúde é abordada integralmente.

No entanto, foram indicadas algumas situações que dificultam a continuidade da atenção, como o fato de o usuário não utilizar o serviço, o que não permite que ele seja facilmente encontrado e faz com que se inicie uma busca por ele, a fim de se construir uma afinidade de forma que ele aceite o cuidado oferecido.

“o usuário não era um paciente frequente do posto.” PESF5.

“quando o usuário não frequenta a ESF, é difícil, pois nós não o conhecemos e nem sabemos onde encontrá-lo.” PESF6.

A ausência do vínculo foi indicada como uma dificuldade para continuidade da atenção, visto que, para oferecer assistência ao usuário, faz-se necessário a existência de um elo previamente estabelecido entre o usuário e o serviço de saúde. De acordo com Gomes e Sá (2009), o vínculo envolve relações de confiança e compromisso, podendo ser fragilizado pelo fato de os profissionais de saúde não conhecerem o usuário. Neste sentido, o vínculo já estabelecido com o usuário foi indicado como uma facilidade para o seu atendimento.

“Eu não tive dificuldades em acompanhar os usuários contrarreferenciados, porque eles já eram conhecidos pela equipe de saúde e frequentavam a unidade.” PESF4.

Assim, não saber quem é o usuário que foi contrarreferenciado dificulta a realização de um cuidado baseado na integralidade e humanização, pois é preciso localizar esse usuário, e então tentar estabelecer com ele uma conexão de afinidade e de mútua responsabilidade pela sua saúde.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo permitiu visualizar como ocorreu o processo de implantação de um projeto piloto de contrarreferência entre o serviço de emergência de um hospital universitário e a rede básica de um município do sul do Brasil a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços. Este foi orientado por um projeto que envolveu no nível hospitalar um programa de residência multiprofissional em saúde e na atenção primária o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde.

A contrarreferência foi organizada inicialmente conforme previsto no projeto, no entanto, foram necessárias modificações para que este se adaptasse às necessidades dos serviços no momento da contrarreferência. A forma como se decidiu viabilizar o projeto no SE, ou seja, realizando uma identificação manual dos usuários que eram residentes do distrito GCC, foi percebida como uma sobrecarga de trabalho e gerou insatisfação entre aqueles que foram designados para realizar tal atividade. Além disso, os meios de comunicação escolhidos, como contato telefônico e DCR, às vezes, não foram utilizados adequadamente. De fato, o contato telefônico ocorreu em todos os casos, porém o DCR, não chegou até algumas ESF.

Quanto à organização dos serviços para viabilizar a contrarreferência, no SE foi desenvolvida como uma atividade da RIMS, não tendo envolvido toda a equipe do setor. Com isto esta ação na instituição pode ser prejudicada, tornando a contrarreferência um mecanismo frágil, visto que, depende da continuidade da RIMS, além de alta rotatividade de residentes. Ainda cabe ressaltar que a atuação exclusiva da RIMS não garante sua institucionalização. Nas ESFs, a organização foi pautada pela percepção dos profissionais que conhecem a legislação que regulamenta a atuação deste serviço como componente do SUS e seguem os princípios organizativos norteadores do trabalho em equipe de saúde da família na operacionalização da contrarreferência. No entanto, os profissionais indicam fatores estruturais e organizacionais que dificultaram a viabilização da contrarreferência, como a falta de material adequado, a ausência de um prontuário informatizado, as falhas na cobertura da população por ESFs e a desatualização do cadastro de endereços dos usuários.

A comunicação entre os serviços estudados ocorreu de forma positiva, favorecendo o planejamento do cuidado na ESF e proporcionando aos profissionais do SE um meio de conhecer a forma de atuação de outros serviços. O diálogo estabelecido a partir da contrarreferência contribuiu para a horizontalização da rede de atenção, retratando a

primordialidade da comunicação para a constituição deste modelo. Assim, foi possível questionar o paradigma da verticalização, uma vez que o mecanismo proposto possibilitou horizontalizar as relações entre profissionais e serviços, e conseqüentemente o desenvolvimento conjunto de ações de saúde. Embora a comunicação escrita tenha sido falha, na sua intermediação pelo usuário e a comunicação falada, em alguns momentos, também não realizada como prevista, houve complementaridade entre o diálogo e o registro, pois alguns cuidados oferecidos ao usuário na ESF só foram realizados porque vieram orientados pelo DCR, ou pelo contato telefônico.

No entanto, a efetiva comunicação, para os profissionais do SE, estava atrelada a presença na ESF de um profissional que fosse preceptor do PET-Saúde, que significava conhecimento sobre o projeto. Porém, os membros das ESF, não associaram o desconhecimento do projeto a uma comunicação inadequada, visto que os profissionais destes serviços estão habituados a conversar com outras equipes, e por priorizarem um atendimento que se baseia no vínculo, mostram-se abertos ao diálogo que busque uma melhor assistência ao usuário.

Em ambos os serviços estudados a comunicação intraequipes ocorreu por meio de reuniões e encontros entre os profissionais, o que demonstra um trabalho baseado na interdisciplinaridade, no qual é valorizado o saber fazer do outro, uma vez que as discussões dos casos entre diferentes categorias profissionais geraram ações de saúde complementares. Porém, no SE houve dificuldade de inserção da equipe médica nas discussões sobre os casos a serem contrarreferenciados, com conseqüentemente fragmentação do cuidado. Já na ESF, houve comunicação entre todos os membros, assim como a busca de apoio em outros serviços de referência que poderiam também prestar cuidados ao usuário, evidenciando a plena integração intraequipe e também com a rede de atenção à saúde disponibilizada para aquele território de atuação.

A organização inicial do trabalho no SE, embora tenha se dado de forma fragmentada, envolvendo apenas a RIMS, com divisão de tarefas, foi modificada de uma postura individualista dos profissionais para uma que valorizasse o trabalho em equipe e a integração e o desenvolvimento de um o trabalho interdisciplinar para alcançar um objetivo comum. As relações de trabalho entre os profissionais da RIMS foram baseadas na integração e permitiram a identificação de problemas e o planejamento da alta conjuntamente. Porém, as relações estabelecidas entre equipe médica e equipe multiprofissional permaneceram de forma fragmentada, prevalecendo uma atuação médica desconexa da atuação dos outros

profissionais. Nesta perspectiva, a equipe médica não se envolveu diretamente com a contrarreferência e também com o trabalho interdisciplinar proposto pela RIMS. Com isto, percebe-se que coexistem características do modelo biomédico neste serviço com outras que apontam para a reorientação do modelo assistencial, buscando adequar-se aos preceitos do SUS, sendo que a RIMS, neste sentido, contribuiu exponencialmente para que estas modificações se iniciassem dentro do SE.

Nas ESF, diferente do SE, as falas evidenciaram a valorização do saber do outro e a integração entre os trabalhadores, que juntos receberam o caso contrarreferenciado e planejaram seus cuidados em momentos de reunião de equipe. As ações que foram destinadas ao usuário já eram desenvolvidas na ESF previamente a implantação do projeto no serviço, assim, os profissionais não precisaram modificar sua forma de trabalhar, mas sim reorganizar suas atividades para que fossem disponibilizadas no momento em que o usuário necessitasse. Esta forma de organizar o trabalho e de relação entre os profissionais foi baseada na interdisciplinaridade, mantendo a característica das ESFs e de um modelo de atenção centrado no usuário e na comunidade conforme preconizado pelas políticas e diretrizes que norteiam o SUS e reforçado pelo papel de preceptor para o qual foram selecionados e recebem complementação financeira.

A integração entre as ESF e o SE foi percebida positivamente pelos profissionais de ambos os serviços, uma vez, ao promover a comunicação e o diálogo, proporcionou conhecimento acerca do trabalho do outro. A realização da contrarreferência a partir do SE, permitiu a formação de uma nova visão sobre os serviços de atenção primária, pois estes passaram a ser vistos como comprometidos com o cuidado do usuário. Esta percepção surgida a partir da implantação deste mecanismo integrador, contribuiu para a formação dos residentes multiprofissionais que puderam aumentar seu conhecimento sobre o funcionamento da rede de serviços que compõem o SUS, desenvolvendo habilidades de comunicação com outros profissionais e assim modificando sua prática assistencial.

Na ESF, a integração associa-se a capacidade de comunicação entre os profissionais, de forma que troquem experiências e informações. Esta também desencadeou uma nova percepção acerca dos serviços hospitalares, a partir de uma iniciativa de contato entre os serviços que buscou beneficiar o usuário. Neste sentido, a integração foi percebida em ambos os serviços como uma ação necessária para a estruturação de uma rede de atenção efetiva, capaz de oferecer cuidado contínuo.

A continuidade da atenção foi um dos desdobramentos da contrarreferência, tendo sido percebida como uma alternativa para reduzir a superlotação da urgência hospitalar. Assim, houve um movimento do SE no sentido de superar a falta de credibilidade na atenção primária, incentivando o usuário a buscar a ESF e repassando informações para outros profissionais, para que a assistência necessária ao usuário pudesse ser realizada em outro nível de atenção. Na atenção primária, a contrarreferência foi um sinalizador de problemas, e isto gerou ações imediatas para ofertar cuidado ao usuário no momento adequado. Assim, a troca de informações contribuiu para o planejamento prévio da assistência que foi realizada quando o usuário obteve alta do serviço hospitalar, sendo mantido um acompanhamento deste usuário. Esta comunicação também indicou a existência de usuários sem vínculo com a ESF, e isto desencadeou ações de busca deste usuário e de aproximação entre profissional e usuário.

As ESF enfrentaram dificuldades para realizar estes cuidados, como a falta de recursos humanos para realizar a busca do usuário que não procurava o serviço após a alta hospitalar. Isto é uma falha no gerenciamento dos serviços de atenção primária e evidencia a necessidade de ampliação do quadro funcional. Além disso, muitos usuários necessitavam de auxílio social ou de acompanhamento que iam além da capacidade resolutive da ESF. Assim, os profissionais destes serviços buscaram em outros locais, como os serviços de fisiologia, auxílio na assistência aos usuários contrarreferenciados. Isto reflete a capacidade das ESFs em articular-se com toda a rede de atenção, fortalecendo vínculos e justificando sua posição de centro regulador de cuidado.

O projeto de contrarreferência apresentou algumas limitações, como a extinção da unidade EMEI, de onde partiu a iniciativa para a realização do projeto. Assim, foram selecionados para ser contrarreferenciados somente pacientes que estavam no SE. Também a constituição do PET-Saúde nas Equipes de Saúde da Família não ter constituído uma cobertura total para a área da Gerência Distrital GCC foi reconhecida como uma limitação, pois nem todos os pacientes que moravam na região podiam ser contrarreferenciados, e em alguns casos, a territorialização mostrou-se desatualizada.

Nas ESF, o fato de o DCR não ter chegado ao serviço, demonstra a necessidade de corresponsabilização do usuário pelo cuidado que lhe será ofertado, e isto é um desafio para os profissionais de saúde e também para o desenvolvimento da contrarreferência.

Como forma de aprimoramento, sugere-se a utilização de prontuário informatizado, conforme já adotado pelo SE com alterações, que permitam a identificação dos pacientes pelo

sistema, assim como a informatização dos prontuários na atenção primária, e que se integrem as informações, de forma que qualquer profissional que atenda o usuário acesse todas as informações referentes a sua saúde em qualquer serviço que componha a rede de atenção.

A experiência de contrarreferência de uma forma geral mostrou-se positiva, com possibilidade de expansão do projeto para outras ESFs do município de Porto Alegre, assim como a inclusão de outras unidades do Hospital de Clínicas. Neste, o compromisso institucional torna-se necessário para que a contrarreferência seja viável e tenha sucesso.

REFERÊNCIAS

- ADELL, C. N; ECHEVARRIA, C. R; BENTZ, R. M. B. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.26, n.2, p.176-183, 2009.
- ALBUQUERQUE, V. S; BATISTA, R. S; TANJI, S; MOÇO, E. T. M. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.31, p.261-272, 2009.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n 2, p.286-298, 2010.
- ALVES, A. C. R. Reflexões sobre o processo de trabalho na saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social, na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora. **Libertas**, Juiz de Fora, v.4 e 5, n. especial, p.264-286, 2005.
- ANDRADE, D. G; FALK, J. A. Eficácia de Sistemas de Informação e Percepção de Mudança Organizacional: um Estudo de Caso. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v.5, n.3, p.53-84, 2001.
- ANDRADE, L. M. B; QUANDT, F. L; CAMPOS, D. A; DELZIOVO, C. R; COELHO, E. B. S; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- AVANZI, M. P.; SILVA, C. R. G. Diagnósticos mais frequentes em serviço de emergência para adulto de um hospital universitário. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 14, n. 2, p.175-185, 2005
- AZEVEDO, A. L. M; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - comunicação, saúde, educação**, Rio de Janeiro, v.14, n 35, p.797-810, 2010.
- AZEVEDO, L. M. N; OLIVEIRA, A. G; MALVEIRA, F. A. S; VALENÇA, C. N; COSTA, E. O; GERMANO, R. M. Visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev Rene**, Fortaleza, v.13, n.1, p.64-73, 2012.
- BARATA, L. R. B; TANAKA, O. U; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.13, n. 1, p.15-24, 2004
- BERLO, D. K. **O processo da comunicação: introdução a teoria e a pratica**. 10a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- BITTENCOURT, R. J; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n 7, p.1439-1454, 2009.

BORGES, M. J. L. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.147-156, 2012.

BRASIL. **Ministério da Saúde e da Previdência Social**. Brasília – DF. Resolução Ciplan Nº 03/81. Brasília, 1981.

BRASIL. Presidência da Republica. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Brasília – DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 abril 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde 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. Brasília – DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõem sobre diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília – DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília – DF, 2001. Dispõem sobre a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/lei_t04.htm>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Dispõem sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003**. Dispõem sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília - DF, 2003B.

BRASIL. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Secretaria-Executiva. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério de Saúde; 2004A. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 17 set 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da

Saúde, 2004B. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizassus_2004.pdf>. Acesso em: 08 jul 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Dispõe sobre o Pacto pela saúde – Consolidação do SUS. Brasília, 2006B. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006C.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007B. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 11 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria interministerial n° 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_1077_12_novembro_2009.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010A. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010B. Disponível em: <<http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em 20 abril 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n° 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativas, e

dá outras providências. Brasília – DF, 2011A. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 14 de setembro de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Média Complexidade**. Brasília, 2011B. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>>. Acesso em: 18 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2011C. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108708-1600.html>>. Acesso em: 18 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Profissional e Gestor. Pet-saúde. Brasília, DF, 2011D. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 16 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011E. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

BRAVO; A. L. Regionalizacion: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud em zonas rurales y urbanas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v.77, n 3, p.231-246, 1974

BROCA, P. V; FERREIRA, M. A. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.1, p.97-103, 2012.

CABANA, M. D; JEE, S. H. Does continuity of care improves patient outcomes? **J Farm Pract.**, v.53, n.12, p.1-7, 2004.

CARVALHO, B; MARTIN G. B; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M; SOARES, D. A; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: EDUEL; 2001.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n 3, p.469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R. A, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001, p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 14 de julho de 2011.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHENG, S; HOU, Y; CHEN, C. Does continuity of care matter in a health care system that lacks referral arrangements? **Health Policy Plan.**, Oxford, v.26, n.2, p.157-162, 2011.

CIUFO, R. S; RIBEIRO, V. M. B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface, comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.12, n.24, p.125-140, 2008.

CHELBI, I. C. F; PAIVA, M. C; STEPHAN-SOUZA, A. I. A regionalização: desdobramento ou descentralização? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.13, n. 3, p.84-94, 2010.

CONIL, E. M, FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS em el contexto actual: causas que inciden em la fragmentación de servicios y SUS efectos em la cohesión social**. Rio de Janeiro: EUROsocial Salud, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Intégration dês soins: dimensions et mise-em- oeuvre, Ruptures, In: HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p.331-336, 2004.

CORDEIRO, H. et al. Avaliação de Competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n 3, p.695-710, 2009.

CRUZ-CORREIA, R. J. Implementation, monitoring and utilization of an integrated Hospital Information System – lessons from a case study. In: Safran C, Reti S, Marin HF, editors. **MedInfo 2010: proceedings of the 13th World Congress on Medical Informatics**. Amsterdam: IOS Press; 2010; p.238-41.

COSTA-E-SILVA, V; RIVERA, F. J. U; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1405-1414, 2007.

COSTA, R. R. **Contrarreferência e a continuidade do cuidado dos pacientes hipertensos a partir do serviço de emergência do hospital das clínicas de Teresópolis Constantino Ottaviano**. Dissertação de Mestrado, 2009. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, E. M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade / continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do

sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, Supl.1, p.1029-1042, 2011

CUNHA, M. L. S; NORONHA, M. F. Redes Integradas e Território: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde? In: FERREIRA, S. C. S; MONKEN, M. (Org.). **Gestão em Saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, p.43-72, 2010.

CUTOLO, L. R. A; DELIZOICOV, D. Caracterizando a Escola Médica Brasileira. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p.24-34, 2003.

DRAIBE, S. M. **Avaliação da descentralização das políticas sociais no Brasil: saúde e educação fundamental**. Informe Final do Projeto de Estudios de Descentralización de Servicios Sociales de la División de Desarrollo Económico de la CEPAL. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – Universidade Estadual de Campinas; Mimeo, 1997.

DELFINI, P. S. S; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.357-366, 2012.

DOURADO, D. A; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n 1, p.204-211, 2011

DREIHER, J; COMANESHTER, D; ROSENBLUTH, Y; BATTAT, E; BITTERMAN, H; COHEN, A. The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population based study. **Israel Journal of Health Policy Research**, Tel Aviv, v.1, n.21, p.1-12, 2012.

DUARTE, E. D; SENA, R. R; XAVIER, C. C. Processo de trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.647-654, 2009.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publ.**, Washington, v.21, n. 2, p.165-176, 2007.

FERREIRA, L. C. M; GARCIA, F. C; FERREIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, v. 11, n.6, p. 31-54, 2010.

FERREIRA, S. R; OLSCHOWSKY, A. A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.106-112, 2009.

FERREIRA, R. C; VARGA, C. R. R; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, Supl. 1, p.1421-1428, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. et al. The challenge of the reference and counter-reference system in the prenatal assistance to pregnant women with infectious diseases. **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, Rio de Janeiro, v.81, n. 3, p.551-558, 2009

FONTANELA, B. J. B; CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-quantitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Rev. Lat. Amer. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 5, p.812-820, 2006.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FRATINI, J. R. G; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Revista ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.7, n 1, p.65-72, 2008.

FRENK, J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. In: Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n 5, p.2297-2305, 2010.

GILL, J. M; MAINOUS, A. G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Arch Fam Med.**, Chicago, v.7, n., p.1-6, 1998.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, K. O. et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl 1, p.881-892, 2011.

GOMES, A. L. C; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.365-372, 2009.

GONZALES, R. I. C; MONROE, A. A; ASSIS, E. G; PALHA, P. F; VILLA, T. C. S; NETTO, A. R. Desempenho de serviços de saúde no Tratamento Diretamente Observado no domicílio para controle da tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.42, n.4, p.628-34, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n 2, p.331-336, 2004.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Serviço de Emergência**. Disponível em: <<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/704/>>. Acesso em: 14 de novembro de 2011.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Porto Alegre, 2012A. Disponível em:<<http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/4115/1418/>>. Acesso em: 16 jan 2012.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Tecnologias da Informação**. Porto Alegre, 2012B. Disponível em: < <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/3013/1296/>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serviço de Enfermagem em Emergência. Porto Alegre, 2013. Disponível em: < <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/464/705/>>. Acesso em: 08 mai. 2013.

HUBBER, L. R. **Fatores determinante da superlotação do serviço de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição**. Monografia, 2005. Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

JULIANE, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização dos sistemas de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n 4, p.323-333, 1999.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERI, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**, Ontario, v.1, n 2, p.13-35, 2000.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C; FIGUEIREDO, R. Comunicação em saúde e discurso do sujeito coletivo: semelhanças nas diferenças e diferenças nas diferenças. **Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v.12, n.1, 2010.

LIMA, J. C; RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v.13, n.31, p.329-342, 2009.

LIRA-BATISTA, M. M. S; RIBEIRO, J. V; PAULETTI, H. O; ROSPENDOWISKI, A. M. G; OLIVEIRA, G. N, SOUZA, E. G. A experiência dos residentes multiprofissionais em atenção hospitalar na atenção básica. **Rev. Ciênc. Ext**, São Paulo, v.8, n.1, p.170-177, 2012.

LUCCHESI, R; OLIVEIRA, A. G; CONCIANI, M. E; MARCON, S. R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, p.2033-2042, 2009.

MACINKO, J; STARFIELD, B; SHI, L. Contribution of Primary Care System Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development Countries. **HRS**, Chicago, v.38, n 3, p.831-865, 2003

MACHADO, L. M; COLOMÉ, J. S; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o Sistema de referência e contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.1, n 1, p.31-40, 2011.

MACHADO, E. P; HADDAD, J. G. V; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Rev Bioethikos**, São Paulo, v.4, n.4, p.447-452, 2010.

MANZO, B. F; RIBEIRO, H. C. T. C; BRITO, M. J. M; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.1, p.1-8, 2012.

MASCARENHAS, M. T. M.; ALMEIDA, C. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexões. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p.82-102, 2002.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, p.39-64, 2001.

MATOS, E; PIRES, D. E. P. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p.508-514, 2006.

MATOS, E; PIRES, D. E. P; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n.6, p. 863-869, 2009.

MATOS, E; PIRES, D. E. P; GELBCKE, F. L. Implicações da interdisciplinaridade na organização do trabalho da enfermagem: estudo em equipe de cuidados paliativos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiania, v.14, n.2, p. 230-239, 2012.

MCGUIRE, M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. **Public Administration Review**, Indiana, v. 62, n. 5, p. 599-610, 2002.

MENDES, G. R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

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

MERHY, E. E; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n 2, p.177-184, 1993

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MORAES, P. A; BERTOLOZZI, M. R; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.1, p.19-25, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu v.13, n.30, p.153-66, 2009.

MOURA, B. L. A; CUNHA, R. C; FONSECA, A. C. F; AQUINO, R; MEDINA, M. G; VILASBÔAS, A. L. N; XAVIER, A. L; COSTA, A. F. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, supl. 1, p. S69-S81, 2010

MUNARETI, R. **Dificuldades de comunicação entre os serviços em um sistema de saúde municipal**. Trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde pública, 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

NUNES, A. A, et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: Contribuições do PET-Saúde. **Rev Bras de Educ Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 27-32, 2012.

NUÑEZ, R. T; LORENZO, I. V; NAVERRETE, M. L. La cordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, p.485-495, 2006.

OBSERVA POA. **Observatório da Cidade de Porto Alegre**. Territórios. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php?p_secao=35>. Acesso em: 13 de janeiro de 2012.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enferm**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, V. C; CADETTE, M. M. M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.22, n.3, p.301-306, 2009.

OLIVEIRA, G. P; PERES, A. M; CHAVES, M. M. N; EDUARDO, E. A. Os desafios para a intervenção em saúde na Estratégia de Saúde da Família segundo profissionais. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.16, n.3, p. 448-454, 2011.

OLIVEIRA, J. A, TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas.** Washington: HSS, OPAS, OMS; 2008.

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. **Revista Administração em Diálogo**, São Paulo, v.7, n 91, p.91-106, 2005.

PEDROSA, J. I.S; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças entre equipes do Programa de Saúde na Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.3, p. 303-311, 2001.

PEDROSA, K. K. A; SOUZA, M. F. G; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro d enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12, n.3, p.568-573, 2011

PERES, R. S; et al. Trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Em extensão**, Uberlândia, v.10, n.1, p. 113-120, 2011.

PERONDI, M. B. M; SAKANO, T. M. S; SCHVARTSMAN, C. **The use of an electronic medical system in a pediatric emergency department with a clinical score triage system.** **Einstein**. In: PATRÍCIO, C. M; MAIA, M. M; MACHIAVELLI, J. L; NAVAES, M. A. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 1, p.1009-1019, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T., HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed; 2004.

PORTO, A. R; THOFEHRN, M. B; AMESTOY, S. C; GONZÁLES, R. I. C; OLIVEIRA, N. A. A essência da prática interdisciplinar no cuidado paliativo as pessoas com câncer. **Invest Educ Enferm**, Antioquia, v.30, n.2, p. 231-239, 2012.

PMPA. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Relatório de Gestão 1º quadrimestre de 2012.** Porto Alegre: SMS, 2012. Disponível

em:<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_primeiro_quadrimestre_2012.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2012.

QUEIROZ, M. S; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.8, p.3603-3612, 2011.

REIBNITZ, K. S; DAUSSY, M. F. S; SILVA, C. A. J; REIBNITZ, M. T; KLOH, D. Rede docente assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. **Revista Bras. de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.36, n.1, p.68-75, 2012.

REIS, Z. S. N; CORREIA, R. J. C; PEREIRA, A. C. Sistemas eletrônicos de informação na assistência e pesquisa em saúde da mulher: para quando um maior envolvimento dos profissionais de saúde? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.107-110, 2011.

ROSSI, F. R; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.4, p.460-468, 2005.

SALUD PARA TODOS. **Glosário de términos empleados em La serie “salud para todos”**. Genebra: OMS, 1984.

SANTOS, J. S. Da Fundação e Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.35, p.403-418, 2002.

SANTOS, V. C; ANJOS, K. F; COSTA, C. N. A. Percepção de usuários sobre a assistência prestada na saúde pública. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.16, n.1, p.116-21, 2011.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n 3, p.1671-1680, 2011.

SCHIMIDT, M. D, LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e Vínculo em uma equipe do programa de saúde da família **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n 6, p.1487-1494, 2004.

SCHNEIDER, J. F; SOUZA, J.P; NASI, C; CAMATTA, M.W; MACHINESKI, G. G. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.397-405, 2009.

SILLA, L. **Projeto criança sem anemia no Rio Grande do Sul**, 2008. In: MUNARETI, R. Dificuldades de comunicação entre os serviços em um sistema de saúde municipal. Trabalho de conclusão de curso de especialização em saúde pública, 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n 6, p.2753-2762, 2011.

SILVA, L. M. S; et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a coresponsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.2, p. 97-104, 2005.

SILVA, V. G; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, Goiânia, v.12, n.3, p.441-448, 2010.

SOARES, A. M. G; MORAES, G. L. A; NETO, R. G. S; MARQUES, M. B; SILVA, M. J. Tecnologia assistencial na promoção da saúde: cuidado e autocuidado do idoso insulino-dependente. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 174-181, 2010.

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

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n 4, p.893-902, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VAGHETTI, H. H; PADILHA, M. I. C. S; FILHO, W. D. L; LUNARDI, V. L; COSTA, C. F. S. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.24, n.1, p.87-93, 2011.

VELOSO, R. D; AERTS, D. R. G. C; FETZER, L. O; ANJOS, C. B; SANGIOVANNI, J. C. Motivos de abandono do tratamento antirrábico humano pós-exposição em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.537-546, 2011.

ZENI, P; CUTOLO, L. R. A. Abordagem da humanização na formação acadêmica dos cursos de graduação da área da saúde da UNOCHAPECÓ – Avaliação dos Planos Pedagógicos de Cursos. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.2, n.1, p.88-95, 2011.

WITT, R. R. Sistema de referência e contrarreferência num serviço de saúde comunitária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n 1, p.19-23, 1992.

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA COM O PROFISSIONAL DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HCPA.

Nº da entrevista: _____

Data: ____/____/____

Início: ____ h ____ min

Término: ____ h ____ min

Local: _____

Profissão: _____

Pesquisa: Contrarreferência de usuários do serviço de emergência para atenção primária de Porto Alegre.

Pesquisadoras: Carolina Baltar Day e Prof^ª Regina Rigatto Witt

Bom dia/ Boa tarde, Sr(a) _____. O objetivo desta pesquisa é Analisar um mecanismo de contrarreferência implantado entre o SE de um hospital de ensino e as ESFs de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços.

A entrevista tem duração de 20 minutos e terá questões referentes a contrarreferência realizada do serviço de emergência do HCPA para a ESF. Ressalto que as informações serão utilizadas apenas para elaboração do meu relatório de pesquisa e que o anonimato será mantido. Ou seja, seu nome não será identificado em nenhum momento. A participação é voluntária e a sua desistência pode ocorrer em qualquer momento em que desejar.

As pesquisadoras estão disponíveis para você esclarecer suas dúvidas a qualquer momento. Os telefones para contato são: pesquisadora Carolina: (51) 92505-5077; Prof^ª Regina: (51); Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre: (51) 3289-5517.

Questões norteadoras:

1. Como você está fazendo a contrarreferência?

2. Como está sendo realizada a contrarreferência?
3. Quais facilidades e/ou dificuldades que você encontrou para realizar a contrarreferência?
4. Foram necessárias mudanças na organização do serviço para realização da contrarreferência? Quais?
5. Houve mudanças nas relações de trabalho para se realizar a contrarreferência? Quais?
6. Considera que houve repercussões para o serviço? Quais?
7. Como ocorreu o processo de comunicação com a atenção primária? E com o usuário?

Obrigada pela sua participação e pela sua disponibilidade de tempo.

APÊNDICE C**ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA COM O
PROFISSIONAL DA ESF DA GERÊNCIA DISTRITAL GCC.****Nº da entrevista:** _____**Data:** ____/____/____**Início:** ____ h ____ min**Término:** ____ h ____ min**Local:** _____**Profissão:** _____

Pesquisa: Contrarreferência de usuários do serviço de emergência para atenção primária de Porto Alegre.

Pesquisadoras: Carolina Baltar Day e Prof^a Regina Rigatto Witt

Bom dia/ Boa tarde, Sr(a) _____. O objetivo desta pesquisa é Analisar um mecanismo de contrarreferência implantado entre o SE de um hospital de ensino e as ESFs de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços.

A entrevista tem duração de 20 minutos e terá questões referentes a contrarreferência realizada do serviço de emergência do HCPA para a ESF. Ressalto que as informações serão utilizadas apenas para elaboração do meu relatório de pesquisa e que o anonimato será mantido. Ou seja, seu nome não será identificado em nenhum momento. A participação é voluntária e a sua desistência pode ocorrer em qualquer momento em que desejar.

As pesquisadoras estão disponíveis para você esclarecer suas dúvidas a qualquer momento. Os telefones para contato são: pesquisadora Carolina: (51) 92505-5077; Prof^a Regina: (51); Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA: (51) 3359-7640.

Questões norteadoras:

1. Como está ocorrendo a contrarreferência?

2. Quais facilidades e/ou dificuldades encontradas para receber o usuário contrarreferenciado?
3. O registro escrito ou a comunicação por telefone com os profissionais do SE tem auxiliado no planejamento do cuidado?
4. Foram necessárias mudanças na organização do serviço em decorrência da implantação da contrarreferência? Quais?
5. E nas relações de trabalho? Quais?
6. Houve repercussões para o serviço? Quais?
7. Como ocorreu o processo de comunicação com os profissionais do SE do HCPA? E com o usuário?
8. Quais as ações de cuidado foram realizadas em decorrência da contrarreferência?

Obrigada pela sua participação e pela sua disponibilidade de tempo.

APÊNDICE D

PESQUISA: Contrarreferência de usuário do serviço de urgência para as Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre.

Pesquisadoras: Enf^a. Mda. Carolina Baltar Day (Responsável) e Prof^a. Dr^a. Regina Witt

O Sr. (a) está sendo convidado a participar da presente pesquisa que tem como objetivo analisar um mecanismo de contrarreferência recém implantado entre o SE de um hospital de ensino e as ESFs de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços. Para realização deste estudo serão coletados dados nos documentos de contrarreferência localizados na ESF e serão realizadas entrevistas com os profissionais das Estratégias de Saúde da Família da Gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre e também com os profissionais do Serviço de Emergência do HCPA que participaram da contrarreferência. As entrevistas serão gravadas e será mantido o anonimato dos participantes, garantindo o caráter confidencial das informações. Esta pesquisa oferece risco em relação ao desconforto devido ao tempo de duração das entrevistas. A assinatura deste consentimento informado autoriza os pesquisadores do estudo a utilizarem as informações obtidas na entrevista para fins científicos, sempre mantendo o anonimato dos participantes. Como pesquisadora, garanto que as informações consultadas serão confidenciais e que o material gravado será guardado em ambiente seguro por cinco anos, sendo incinerado após essa data. Os participantes desta pesquisa têm garantia de que seus questionamentos quanto à pesquisa serão respondidas de forma clara e detalhada a qualquer momento assim como terão acesso aos resultados do estudo, podendo entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (51) 91505077, com o CEP SMS pelo telefone (51) 32895517, e com o CEP HCPA pelo telefone (51) 3359-7640. Os participantes tem liberdade para desistir ou recusar-se à participar da pesquisa, sem acarretar qualquer prejuízo no seu vínculo institucional.

Pesquisadora

Assinatura do participante

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

ANEXO A

**MODELO DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA UTILIZADO PELO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HCPA E ESFS DA GERÊNCIA DISTRITAL GCC.**

DOCUMENTO PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE
(Entregar na Unidade de Saúde junto com o sumário de alta da emergência)

Dados a serem preenchidos pelo HCPA

Nome: _____ Prontuário HCPA: _____

Motivo do atendimento e impressão: _____ Período de internação: _____

Encaminhado para a unidade de saúde: _____

Endereço da Unidade de Saúde: _____

Profissional de contato na Unidade de Saúde: _____

Profissional de contato no HCPA: _____

Telefone para contato: _____ Tempo para revisão: _____

Exames realizados e resultados anexados: () sim () não Quais? _____

Recomendações para a Atenção Básica	Finalidade/ justificativa
() Visita domiciliar (em situações de dificuldade de deslocamento do paciente)	
() Consulta de enfermagem () Consulta médica	
() Outros:	

Dados a serem preenchidos pela Unidade de Saúde

Data de recebimento dos documentos: _____ Nome da Unidade: _____

Prontuário de família: _____ Data do atendimento: _____

Atendimento realizado: _____

Profissional que realizou o atendimento: _____

Dificuldades encontradas no atendimento: _____

Seguimento recomendado: _____

Observações: _____

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HCPA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: Contra-referência de usuários de um serviço de emergência para as Estratégias de Saúde da Família do município de Porto Alegre

Pesquisador: Regina Rigatto Witt

Versão: 1

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 01856712.1.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 10881

Data da Relatoria: 18/04/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado da Enfermagem, pesquisa qualitativa descritiva exploratória que visa analisar o mecanismo de contra-referência recém implantado entre o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e as Estratégias de Saúde da Família da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) do Município de Porto Alegre. Serão coletados dados nos documentos de contra-referência localizados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e serão realizadas entrevistas com os profissionais das Estratégias de Saúde da Família da Gerência distrital Glória/Cruzeiro/Cristal do município de Porto Alegre e também com os profissionais do Serviço de Emergência do HCPA que participaram da contra-referência. Serão convidados a participar da pesquisa 10 profissionais (médico e enfermeiro) de cada área.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS

Geral:

Analisar um mecanismo de contra-referência implantado entre o Serviço de Emergência de um hospital de ensino e as Estratégias de Saúde de Famílias de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços.

Específicos:

1. Compreender como os profissionais de saúde estão percebendo este mecanismo enquanto forma de integração entre os serviços.
2. Identificar aspectos que estão facilitando ou dificultando o processo proposto e se foram necessárias mudanças na organização do serviço ou no processo de trabalho para a operacionalização da contra-referência.
3. Analisar o processo de comunicação que ocorre no mecanismo de contra-referência.
4. Identificar as ações de cuidado que são desencadeadas pelo mecanismo de contra-referência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por tratar-se de projeto que visa buscar a opinião dos profissionais sobre o processo de contra-referência implantado entre o Serviço de Emergência do HCPA e as Estratégias de Saúde da Família de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do que é vivenciado e produzido pelos próprios profissionais de saúde nestes serviços, o projeto não apresenta maiores riscos. Os possíveis benefícios podem ser decorrentes de maior conhecimento sobre a opinião dos profissionais que podem contribuir em ações de melhorias futuras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para os serviços de saúde que busca identificar aspectos que estão facilitando ou dificultando o processo proposto e as ações de cuidado que são desencadeadas pelo mecanismo de contra-referência e analisar o processo de comunicação que ocorre neste mecanismo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi modificado e está de acordo com os requisitos exigidos na Resolução 196/96.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisadores atenderam a todas as solicitações.
Projeto aprovado versão 22/03/2012.
TCLE aprovado versão 08/04/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado versão 22/03/2012.
TCLE aprovado versão 08/04/2012.

PORTO ALEGRE, 19 de Abril de 2012

Assinado por:

José Roberto Goldim

ANEXO D

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Regina Rigatto Witt
Registro no CEP: 755 **Processo N°.** 001.005872.12.7
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde - ESF GD GCC
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.005872.12.7, referente ao projeto de pesquisa: "**Contra-referência de usuários de um serviço de urgência para as Estratégias de Saúde da Família**", tendo como pesquisador responsável Regina Rigatto Witt, com os seguintes objetivos: "Geral: 1. Analisar um mecanismo de contra-referência implantado entre o SE de um hospital de ensino e as ESFs de uma gerência distrital do município de Porto Alegre, a partir do vivenciado e produzido pelos profissionais de saúde nestes serviços. Específicos : 1. Compreender como os profissionais de saúde estão percebendo este mecanismo enquanto forma de integração entre os serviços. 2. Identificar aspectos que estão facilitando ou dificultando o processo proposto e se foram necessárias mudanças na organização do serviço ou no processo de trabalho para a operacionalização da contra-referência. 3. Analisar o processo de comunicação que ocorre no mecanismo de contra-referência. 4. Identificar as ações de cuidado que são desencadeadas pelo mecanismo de contra referências".

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho, e o formulário de relatório que esta no site.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 10/04/2012.

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP