

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA
REFERÊNCIA: PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE**

MONOGRAFIA

Juliana Ebling Brondani

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Juliana Ebling Brondani

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Atenção e Gestão Hospitalar – Área Crônico-degenerativo**

Orientador(a): Enfa. Prof. Dra. Rosângela Marion da Silva

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade federal de Santa Maria
Centro de Ciências da saúde
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção
Hospitalar no Sistema Público de Saúde**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia**

**PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA:
PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

elaborada por
Juliana Ebling Brondani

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar – Área Crônico-degenerativo

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosângela Marion da Silva, Dra.
(Presidente/Orientador)

Helena Carolina Noal, Ms. (HUSM/UFSM)
(Coorientador)

Miriam da Silveira Perrando, Esp. (HUSM/UFSM)
(Examinador)

Elenir Terzinha Rizzetti Anversa, Ms. (SMS)
(Examinador)

Santa Maria, 11 de março de 2015

Dedico esse trabalho:

Aos meus pais, José Amauri e Marisa

Aos meus irmãos, André e Gilvano

Agradecimentos

Aos meus pais e irmãos, por toda confiança, respeito, esforço, incentivo e amor, características que sustentam os pilares de nossa vida.

Ao Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pela oportunidade de aprendizado e complementação da minha formação.

À ex-coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional, Dra. Vânia Figueira Olivo, pelos conselhos, críticas e amizade.

À Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM, Dra. Rosângela Marion da Silva, pela orientação, conselhos, críticas, sugestões e amizade.

À Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Ms. Helena Carolina Noal, pela orientação, conselhos, críticas e amizade.

Aos funcionários do HUSM, em especial a toda a equipe da Clínica Cirúrgica (3ºA) e Ambulatório Ala C.

Aos funcionários da Residência Multiprofissional.

Aos componentes da Banca Examinadora, por aceitarem fazer parte desse trabalho e contribuir com os seus conhecimentos.

As demais pessoas que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desse trabalho.

“O mundo é como um espelho que devolve a cada pessoa o reflexo de seus próprios pensamentos. A maneira como você encara a vida é que faz toda diferença”

Luís Fernando Veríssimo

Resumo

A transição epidemiológica e demográfica reflete a preocupação mundial com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, causadoras de várias complicações à saúde, dentre as quais às alterações vasculares. Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores da atenção básica e hospitalar sobre o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa com uma amostra aleatória dos profissionais da área da saúde. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2014 e foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo temática foram organizados em duas categorias: conhecimento dos profissionais sobre a RAS e percepção dos profissionais sobre o sistema de referência e contra referência. Em conclusão, evidenciou-se que os profissionais apresentam entendimento sobre o tema e, que o processo de referência e contra referência encontra resistências e dificuldades para a sua efetivação e formalização.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Referência e Consulta; Doenças Crônicas.

Abstract

The epidemiological and demographic transition reflects global concern with Noncommunicable Chronic Diseases, causing several health complications, as the vascular changes. This research aim to evaluate the workers' perception of basic attention and hospital regarding reference process and against reference of users with vascular changes. A descriptive-exploratory study with a qualitative approach in a random sample of health professionals was performed. Data collection was conducted between July and August – 2014. Semi-structured interview for data collection was adopted. The results obtained by thematic content analysis were organized into two categories: (i) knowledge of the professionals on the RAS and (ii) professionals' perception of the reference and against reference. In conclusion, was confirmed the understanding of the professionals about subject and that the reference process and against reference present resistance and difficulties to the implementation and formalization.

Key words: Delivery of Health Care; Referral and Consultation; Chronic Disease.

Lista de Abreviaturas e Siglas

DCNT – Doenças Crônicas Não transmissíveis
OMS – Organização Mundial da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
MS – Ministério da Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
DM – Diabetes Melitus
DM2 – Diabetes Melitus Tipo 2
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
PA – Pronto Atendimento
AP – Atenção Primária
UBS – Unidade Básica de Saúde
NEPS – Núcleo de Educação Permanente em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
GAP – Gabinete de Projetos
CCS – Centro de Ciências da Saúde
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CAPSs – Centros de Apoio Psicossocial
CEOs – Centros de Especialidades Odontológicas
UTRSs – Unidades de Terapia Renal Substitutiva
PNH – Política Nacional de Humanização

Lista de Anexos e Apêndices

Apêndice A - Roteiro entrevista profissionais

Apêndice B – Cartilha Serviços da Rede de Atenção à Saúde do município de Santa Maria – RS: Adulto e Idoso

Apêndice C – Banner Serviços de assistência em saúde do município de Santa Maria ao usuário com alteração vascular

Anexo I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Anexo II - Parecer NEPES

Anexo II - Parecer CEP/UFSM

Sumário

INTRODUÇÃO.....	12
OBJETIVO	14
REVISÃO DE LITERATURA	15
Relevância epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	15
O atual modelo do Sistema único de Saúde, a Rede de Atenção à Saúde e o Sistema de Referência e Contra Referência	18
MÉTODO	22
Caracterização do estudo	22
Cenário da pesquisa	22
Sujeitos do estudo	22
Procedimentos e Instrumentos de Coletas de dados	23
Método de análise dos dados	24
Aspectos éticos da pesquisa.....	25
RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a RAS	27
Percepção dos profissionais de saúde sobre o sistema de referência e contra referência	30
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS	38
Apêndices	44
Anexos.....	47

INTRODUÇÃO

A atual transição epidemiológica e demográfica, que trás consigo o envelhecimento populacional, além do intenso processo de globalização, urbanização e hábitos de vidas não saudáveis (alimentação, tabagismo, alcoolismo e inatividade física), refletem a grande preocupação que o mundo enfrenta: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Junto a isso, observa-se um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, que caracterizam um quadro epidemiológico complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no sistema de saúde (LAVRAS, 2011).

Conforme dados do segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) são estimados cerca de 38 milhões de mortes anuais por esses agravos, com maiores taxas em países em desenvolvimento. No Brasil, esse número corresponde a 72% das causas de mortes, sendo mais frequente em pessoas que vivem em centros urbanos e na faixa etária entre 30 a 70 anos (WHO, 2014).

Dentre as DCNT responsáveis pela maior taxa de mortalidade, estão as cardiovasculares, que no Brasil correspondem a 31%. Os principais fatores de risco para essas comorbidades, em ordem de percentagem decrescente são: hipertensão arterial, obesidade, tabagismo e alcoolismo (WHO, 2014).

Lançado em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022, objetiva promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle destas comorbidades e seus fatores de risco, assim como fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas, nos próximos dez anos, com destaque para o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a).

Ainda, em 1º de abril de 2014 entrou em vigor a Portaria nº 483 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado (BRASIL, 2014b).

Neste contexto, é indispensável restaurar a consonância entre a situação de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso País. Para isso, deve existir o envolvimento da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade,

eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Ademais, é necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seu percurso na rede, e se responsabilizarem pela continuidade da assistência, procurando facilitar esse “caminhar na rede” atendendo às suas demandas. Para que isso aconteça é essencial organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada profissional atua, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas. O processo de trabalho é a chave da questão, pois é por meio dele que se produz o cuidado aos usuários (MALTA, MERHRY, 2010; FRANCO, FRANCO, 2014).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar atenção contínua e integral para determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), a qual é prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade. Além de responsabilidades sanitária e econômica, gerando valor para a população (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

Sob essa perspectiva é importante o pacto entre os gestores das unidades de saúde e os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que se efetive um acordo de funcionamento, realizado por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos, entre os que coordenam as unidades da atenção básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência/emergência e hospitalares, assim como as áreas da Secretaria de Saúde (BRASIL, 2011e; LAVRAS, 2011; FRANCO, FRANCO, 2014).

Devido a isso, o pacto firmado sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, possibilita viabilizar os fluxos entre os diversos serviços, para que assim, funcionem, de forma harmônica e, tranquila, assegurando o acesso dos mesmos (BRASIL, 2014c; FRANCO, FRANCO, 2014). É neste sentido que a atenção básica e os diversos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta densidade tecnológica precisam estar articulados.

Vale enfatizar que a questão da integralidade de atenção à saúde deve ser vista sob o aspecto não apenas da organização dos recursos disponíveis, mas especialmente do fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Para garantir a integralidade é indispensável operar mudanças na produção do cuidado, a partir da Atenção Primária da Saúde e todos os outros níveis assistenciais (FRANCO, JÚNIOR, 2014).

Neste sentido, o processo de referência e contra referência dos usuários na RAS surge como questão essencial a ser enfrentada para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde, ou seja, o seu funcionamento deve ser operacional e de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Esse sistema é responsável por promover a comunicação e interação entre os diversos níveis de densidade tecnológica da rede. Ainda, pode ser considerado um êxito para a implantação do SUS, pois, dentre outros fatores, a partir de sua estruturação, o fluxo de encaminhamento de usuários aos diferentes níveis de atenção a saúde será facilitado. Por conseguinte, destaca-se a necessidade de integração dos serviços e estabelecimento de fluxos formais de encaminhamento dos usuários (MACHADO, COLOMÉ, BECK, 2011).

Portanto, faz-se necessário problematizar o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares de um Hospital para a RAS do município, com vistas a contribuir para o fortalecimento da mesma, ou seja, a importância de mobilizar as equipes de saúde para a necessidade da realização da referência e contra referência dos pacientes, para suas unidades de atenção primária, a fim de formar uma rede de saúde mais sólida, efetiva e com um atendimento integral em todos os seus níveis de atenção.

Assim, essa pesquisa objetiva responder a seguinte questão norteadora: **Qual a percepção dos trabalhadores da Atenção Básica e Hospitalar sobre o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares.**

OBJETIVO

Conhecer a percepção dos trabalhadores da Atenção Básica e hospitalar sobre o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares.

REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os tópicos que sustentarão o objeto em estudo.

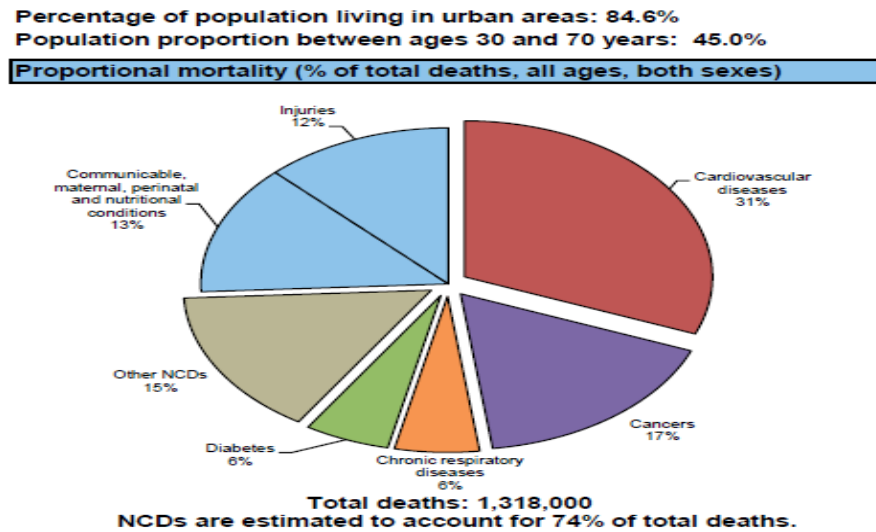
Relevância epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Atualmente, observa-se um período de transição demográfica que reflete o envelhecimento populacional. Uma das principais consequências desse contexto são as doenças crônicas não transmissíveis, consideradas como um problema de saúde pública e, que correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil (BRASIL, 2011a). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) são estimados cerca de 38 milhões de mortes anuais por esse grupo de doenças, com maiores taxas em países em desenvolvimento (WHO, 2014).

Conforme a Portaria nº483, de 1º de abril de 2014, doenças crônicas são consideradas patologias com início lento, de duração longa ou curta e que surgem devido a diversas causas. Ainda é destacado que o tratamento para essas doenças envolve mudanças no estilo de vida aliado a cuidados contínuos (BRASIL, 2014b).

No ano de 2007 no Brasil, essas doenças representaram cerca de 67% dos óbitos notificados com destaque para as cardiovasculares como a principal causa, representando 29,4% de todos os óbitos declarados, seguidas por câncer (15,1%), doenças respiratórias (5,6%) e diabetes (4,6%). Ainda, a proporção de óbitos por DCNT é maior em indivíduos de faixa etária mais elevada, com maior escolaridade e que vivem em grandes centros que apresentam os melhores indicadores socioeconômicos (BRASIL, 2011b).

A figura abaixo representa dados atuais sobre a mortalidade por DCNT no Brasil, assim como caracteriza o perfil da população atingida, ou seja, indivíduos adultos que vivem em grandes centros urbanos.



Fonte: WHO, 2014

Em pesquisa realizada por Rocha-Brischiliari et al. (2014), as DCNT foram mais prevalentes nos indivíduos idosos, de baixa escolaridade e que moravam sozinhos. Além disso, tabagismo, sobrepeso ou obesidade, condição de saúde considerada como ruim ou regular e pessoas de raça negra, estes últimos com associação significativa com a ocorrência dessas patologias, também foram fatores de risco associados às DCNT.

O enfrentamento desta nova epidemia necessita muito investimento em vários setores. A atenção à saúde no Brasil, nos últimos anos, tem investido na formulação e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, priorizando ações de melhoria e ampliação da qualidade de vida dos sujeitos como, a organização da vigilância (Vigitel, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios–PNAD), a Política Nacional em Promoção da Saúde, a Farmácia Popular dentre outros (BRASIL, 2011a).

Lançado no final de 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, é considerado como uma ampliação do comprometimento brasileiro com o tema. O mesmo define e prioriza as ações e os investimentos necessários, institui metas e compromissos a serem assumidos, com vistas a preparar o país para o enfrentamento destes agravos, suas consequências e seus fatores de risco nos próximos dez anos (BRASIL, 2011a).

Conforme Malta e Silva Júnior (2013), o equilíbrio entre as metas propostas pelo plano é muito relevante e devem abranger promoção à saúde, cujos benefícios sejam expandidos para toda a população e, aqueles referentes ao grupo de indivíduos portadores de condições crônicas, na forma de tratamento e de assistência. Além disso, os autores descrevem que o seu monitoramento poderá contribuir para a reorganização dos serviços de

saúde, da atenção primária e do processo de trabalho, priorizando ações como o apoio a redução e/ou cessação do tabagismo, ao controle glicêmico, ao acesso a medicamentos para prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e acidente vascular cerebral (AVC) e incentivo a medidas de promoção da saúde e de hábitos saudáveis. Ainda, deverá contemplar a ampla divulgação de seus resultados, que facilitará o acompanhamento das metas e a participação e o controle social das políticas públicas para doenças não transmissíveis.

Considerada uma condição crônica e um importante problema de saúde pública com consequências significativas se não bem conduzida, o Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, a qual é resultado de defeitos na ação da insulina, na sua secreção ou em ambas (ADA, 2012; SBD, 2014).

Ainda, representa elevado índice de morbimortalidade, especialmente o tipo 2 (DM2), devido ao aumento anual de sua incidência na população mundial o que acarreta altos custos com o tratamento e piora na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por essa enfermidade (ADA, 2012; SBD, 2014; POLICARPO et al., 2014). Como exemplo, no ano de 2010, os gastos com DM mundialmente, foram estimados em 11,6% do total com atenção em saúde (IDF, 2012).

Em relação à prevalência de DM no Brasil, estima-se que este passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição (11,3%), em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes no mundo (BRASIL, 2013).

Em decorrência disso, observa-se uma importância maior para a DM, estando essa associada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Assim, evidências demonstram que o bom manejo deste problema na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013).

As complicações da DM podem ser divididas em dois grupos: agudas ou crônicas. Dentre as primeiras, citam-se a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar e, em relação aos segundos grupos, podem ser observadas alterações na microcirculação, que são responsáveis pelo surgimento da retinopatia e nefropatia; na macrocirculação, levando à cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica, além de neuropatias (BRASIL, 2013; SBD, 2014). Estas últimas são consideradas as mais importantes e desafiadoras para os profissionais da saúde, pois estão diretamente relacionadas ao controle dos níveis de glicemia e ao surgimento precoce dessas complicações (ARAÚJO et al., 2010; SBD, 2011).

Como exemplo pode-se citar a neuropatia diabética. Esta ocorre mais comumente no curso da doença e apresenta sérias consequências, aos indivíduos acometidos, por ser altamente incapacitante, mutilante e recorrente. Ainda, surge pela disfunção dos nervos periféricos os quais causam perda da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, que estão relacionados à hiperglicemia crônica no DM2 mal controlado (SBD, 2011).

Para Policarpo et al. (2014), identificar precocemente os fatores associados ao desenvolvimento da úlcera diabética pode favorecer a atuação e planejamento dos profissionais de saúde, especialmente no que se refere a implementação de medidas para o retardamento de complicações como o controle metabólico, a educação das pessoas diabéticas e a avaliação frequente e eficaz dos pés.

Considerada como parte importante no tratamento, prevenção e controle da DM, a terapia nutricional objetiva alcançar o bom estado nutricional, saúde e qualidade de vida dos indivíduos portadores da patologia, além de prevenir e tratar complicações a curto e longo prazo e comorbidades associadas (SDB, 2014). Para Evert et al. (2014), a intervenção nutricional deve enfatizar o tamanho adequado das porções e uma variedade de alimentos ricos em nutrientes essenciais como parte de um padrão de alimentação saudável. Ainda, deve fornecer ferramentas práticas para o plano alimentar do dia-a-dia e mudança de comportamento que podem ser mantidos em longo prazo.

Diante desse contexto, é relevante destacar a atuação dos profissionais da saúde, nos diferentes níveis de atenção e sua interação, comunicação e assistência com qualidade aos indivíduos acometidos por esses agravos.

O atual modelo do Sistema único de Saúde, a Rede de Atenção à Saúde e o Sistema de Referência e Contra Referência

A saúde pública no Brasil está ancorada nos pressupostos de um sistema público universal, que garanta atendimento integral para todos os cidadãos, não devendo limitar atendimento ou assistência a uma pequena parcela de serviços de saúde. Isto pode ser observado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que consta:

“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

e, ainda na Lei Federal nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, onde apresenta como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2011c).

A atual forma do SUS é uma rede, que esteja integrada para que a continuidade do atendimento ao usuário não seja perdida e sim, mantida sem interrupções e, que este indivíduo possa ser acompanhado nos diferentes níveis de atenção à saúde, conforme sua especificidade. Inicialmente organizado por uma pirâmide, a Atenção Primária (nível primário) estaria localizada na sua base inicial, considerada a porta de entrada do usuário nesse sistema. Em seguida, na parte intermediária, representaria o nível secundário composto por unidades de urgência e emergência, além de consultas especializadas. Por fim, no topo, o nível terciário comporia todos os serviços de maior densidade tecnológica. Atualmente, essa hierarquia ainda é observada e é fundamental para a organização do sistema conforme a demanda em termos de especialidades e densidade tecnológica que deveriam estar interligados e garantirem a comunicação a fim de manter o vínculo com o usuário (OLIVEIRA, 2014).

A proposta para vencer os desafios de uma assistência integral à saúde começa pela reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas outras ações assistenciais. Em outras palavras, a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, por meio de uma assistência multiprofissional, atuando mediante diretrizes como a do acolhimento e vinculação de clientela, onde a equipe se responsabilize pelo cuidado do usuário (BRASIL, 2011d).

A Atenção Primária da Saúde serve como base essencial para o funcionamento desse sistema. Ela é o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, orientada por todos os princípios deste sistema, inclusive a integralidade, mas que emprega serviços com baixa densidade tecnológica, com insumos e equipamentos necessários para o atendimento das prioridades definidas para a saúde local, garantindo dessa forma, os fluxos de referência e contra referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011d; SOUZA, BOTAZZO, 2013).

Outrossim, a APS deve ser responsável pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema. Entre outras funções, tem por obrigação ofertar ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantir acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário, responsabilizando-se pelo mesmo, independentemente de seu

atendimento estar acontecendo em outra unidade do sistema e, desse modo, ordenar o funcionamento da rede (LAVRAS, 2011).

Atenção Básica constitui-se como lócus privilegiado para mudanças de paradigmas no que se refere à conformação de serviços, criação e fortalecimento de novas práticas em saúde que atentem para a superação de um atendimento fragmentado e impessoal.

É nesse sentido, que a nova Política Nacional de Atenção Básica (2012) é lançada. Ela fortalece a função da Atenção Básica como ordenadora das redes de atenção. Dessa forma, apresenta como importante finalidade atingir a integralidade do cuidado e ser a base central do sistema de atenção, além de resolutive e coordenar o cuidado:

É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2012c).

Em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste documento são abordadas questões referentes às diretrizes para a estruturação da RAS, assim como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, objetivando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010a).

No que concerne às DCNT, em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, com a finalidade de gerar diretrizes e preparar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e das gestões. Além disso, o documento servirá de base para formulações de políticas federais relacionadas às pessoas com condições crônicas (BRASIL, 2012b).

Não obstante, em abril de 2014 entrou em vigor a Portaria nº 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde às Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas Linhas de Cuidado. Em seu Artigo 3º, cita como sendo um dos princípios da RAS para pessoas com comorbidades crônicas a “articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção” (BRASIL, 2014b).

Conforme Malta e Merhy (2010), essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede. Ainda salientam que cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Dessa forma, faz-se necessário o entendimento e o conhecimento dos profissionais da saúde sobre a RAS, assim como a sua atuação correta dentro desse sistema de atenção para que, o usuário com alguma comorbidade crônica, tenha um atendimento integral e não fique perdido nessa rede. Ainda, o processo de referência e contra referência de usuários que transitam na Rede de Atenção em Saúde, irá refletir não somente na melhoria da redução dessas condições e seus agravos, como também, na resolubilidade e na humanização da assistência à saúde, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, articular os serviços que compõe a RAS contribui para a integralidade da atenção, qualificando a assistência aos usuários do SUS, favorece a comunicação entre os profissionais da saúde e reduz as filas por atendimento.

MÉTODO

Caracterização do estudo

A presente investigação é um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa se caracteriza por trabalhar com o universo de significados, motivos, crenças e atitudes, correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas (MINAYO, 2014).

Conforme Minayo (2014), as metodologias de pesquisa qualitativas são compreendidas como:

“[...] o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p.57).

Dessa forma, esse método compõe-se de uma explicação do que os sujeitos dizem e expressam. Não é somente uma decodificação de dados, pois para a compreensão do objeto de pesquisa é necessário entender o contexto ao qual está inserido (MINAYO, 2014).

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município do interior do Rio Grande do Sul/RS. Neste local está situado o Hospital Universitário, que é um hospital-ensino com atendimento exclusivo a pacientes do Sistema Único de Saúde e referência na prestação de cuidados para os municípios da 4ª Coordenaria Regional de Saúde (CRS). Ainda, possui 320 leitos de internação, dentre os quais na Unidade Cirúrgica, cinco (5) são destinados a pacientes com diagnóstico de alteração vascular (HUSM, 2014).

Em relação à Rede de Atenção à Saúde do município, esta conta com 13 Postos de Saúde (Unidades Básicas de Saúde/UBSs), 14 Estratégias de Saúde da Família (ESF), três Prontos Atendimentos (PA) e cinco Unidades Distritais (SMS, 2014).

Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por profissionais da Atenção Primária (AP) e hospitalar de diferentes núcleos profissionais como: fisioterapia, medicina, enfermagem e técnico de enfermagem. Como critérios de inclusão foi considerado ser trabalhador da saúde e atuar na unidade a qual o paciente foi referenciado e contra referenciado. Foram excluídos aqueles que não prestaram assistência aos usuários.

A amostragem foi aleatória, totalizando oito participantes em condições que aceitaram participar de forma voluntária. O quantitativo de participantes da pesquisa não foi estabelecido “a priori”, pois, na pesquisa qualitativa, os pesquisadores optam por conduzi-la até que as informações se tornem repetitivas (LEOPARDI, 2002; STREUBERT e CARPENTER, 2002). Outra razão é o fato de, nesse tipo de estudo, os participantes não serem determinados por um número, um cálculo, pois, quando saturam as informações, a busca de novos sujeitos não acrescenta mais nenhum dado novo à pesquisa (MINAYO, 2014).

Ainda, os sujeitos foram selecionados na população desta investigação com a maior diversidade possível, pois a preocupação dos pesquisadores é descrever o fenômeno “em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos” (STREUBERT e CARPENTER, 2002).

Procedimentos e Instrumentos de Coletas de dados

Esta pesquisa foi realizada em quatro etapas. Primeiramente, conheceu-se a Rede de Saúde do município por meio do Plano Anual de Saúde (2013/2016), a fim de visualizar sua definição. Em seguida, foram identificados os usuários com alterações vasculares internados na Clínica Cirúrgica do referido hospital. Na terceira etapa, assinalaram-se os trabalhadores da saúde que prestaram atendimentos aos pacientes na instituição hospitalar. A última etapa compreendeu a identificação da Unidade Básica de Saúde ou Estratégia de Saúde da Família, dentro das oito áreas administrativas do município, na qual o usuário pertencia.

Para tal, inicialmente foi realizado um contato prévio por telefone com as UBS/ESF de referência dos usuários e, conversado com a enfermeira chefe de cada local para convidar os profissionais que gostariam de participar do trabalho. Para a atenção hospitalar, foi realizado convite pessoalmente aos profissionais que acompanharam os usuários durante a internação. Após aceite dos mesmos, foram realizadas as visitas nas unidades incluídas a fim de executar o estudo. As entrevistas foram realizadas no momento do primeiro contato ou posteriormente, conforme acordado.

O método de coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro (APÊNDICE A). Este instrumento contemplou assuntos referentes ao processo de referência e contra referência e da RAS do município. As entrevistas foram gravadas em um gravador digital após o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas ortograficamente, na íntegra, e analisadas de acordo com o referencial metodológico proposto por Minayo (2014) a fim de responder ao objetivo proposto por esta pesquisa. Estas foram realizadas conjuntamente por três residentes sendo: uma assistente social, uma enfermeira e uma nutricionista. As coletas foram realizadas no período de julho a agosto de 2014.

Segundo Minayo (2014), a entrevista favorece a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado e ainda, possibilita, por meio de trocas verbais e não verbais, uma interação que permite um melhor entendimento dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais sobre situações e vivências pessoais. Além disso, é acima de tudo uma conversa a dois onde vários interlocutores objetivam construir informações pertinentes ao objeto da pesquisa.

Método de análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo de Maria Cecília de Souza Minayo, que é definida por esta autora como:

“A expressão significa mais do que um procedimento técnico, faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Ou seja, a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2014, p.303).

Conforme Minayo (2014) existem várias modalidades de análise de conteúdo, dentre as quais, a análise temática é a mais utilizada por ser apropriada para as investigações qualitativas em saúde. Esta análise é organizada em três momentos: a pré-análise; a exploração do material e, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Abaixo, será explicitada cada uma dessas fases.

A pré-análise é caracterizada pela organização do material, escolhas dos documentos a serem analisados e formulação de hipóteses ou questões norteadoras. O investigador deve se perguntar sobre as relações entre as etapas e elaborar indicadores que fundamentem a compreensão do material e na interpretação final. Ainda, esta etapa está dividida em leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos.

Na leitura flutuante o pesquisador requer contato direto e intenso com o material de campo. Em se tratando da constituição do *corpus*, este deve responder a totalidade do universo estudado a fim de atender algumas normas, dentre as quais a exaustividade, a representatividade e a homogeneidade. Por fim, a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, consistem na leitura exaustiva do material.

Segundo Minayo (2014), é na fase pré-analítica que são determinadas as unidades de registro, unidade contexto, recortes, categorizações, codificações e conceitos teóricos que orientaram a análise.

Na segunda etapa, que é a exploração do material, faz-se uma operação classificatória que objetiva atingir o núcleo de compreensão do texto. Para tal, busca-se encontrar categorias das quais o conteúdo de uma fala será organizado, ou seja, é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Finalmente, na etapa final, a de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas, que permitem evidenciar as informações obtidas. A partir disso, são realizadas interpretações inter-relacionando-as com o quadro teórico inicial ou abre outras dimensões teóricas interpretativas (MINAYO, 2014).

Aspectos éticos da pesquisa

Este trabalho foi encaminhado primeiramente para apreciação no Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária de Saúde de Santa Maria (NEPS/SMS). Em seguida, para o Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal (GAP/CCS/UFSM) e ao Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital Universitário (HUSM/UFSM). Por último, este foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal (CEP/UFSM) com a finalidade de atender o que prescreve a Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Antes de iniciar a entrevista, as pesquisadoras realizaram a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I) juntamente com os participantes, para compreensão do objetivo e a metodologia do trabalho e, ainda, informados sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações.

O TCLE foi apresentado em duas vias, na qual uma foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra foi arquivada pelas pesquisadoras, as quais ficarão com a guarda no período de cinco (5) anos e, após esse prazo serão destruídas.

Para preservar o anonimato os participantes da UBS/ESF foram identificados com as letras do alfabeto (a, b, c, d....) seguidos de números aleatórios (a5, b3, c1....) e, os da atenção hospitalar, também identificados com as letras do alfabetos (a, b, c, d...), porém foram seguidos de algarismos romanos aleatórios (aII, bIV, cVI...). Ainda, ficou assegurado o direito de desistirem a qualquer momento da pesquisa, bem como o livre acesso aos resultados obtidos por meio desta. Todos os participantes assinaram o TCLE.

A participação desta pesquisa não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica para os participantes (risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual). Além disso, em todo o desenvolvimento do estudo, foram observados os princípios bioéticos do respeito à pessoa, os quais o da autonomia, da beneficência, da não-maleficência e o da justiça.

O estudo teve aprovação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária de Saúde de Santa Maria (ANEXO II) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), sob o número de CAAE 32533014.0.0000.5346 (ANEXO III).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa serão apresentados os resultados com discussão das categorias de análises que, a partir das entrevistas realizadas e com os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo temática, foram classificadas em: “conhecimento dos profissionais sobre a RAS” e “percepção dos profissionais sobre o sistema de referência e contra referência”.

Os participantes do estudo compreenderam oito profissionais da área da saúde (fisioterapia, enfermagem, medicina e técnico de enfermagem), sendo quatro da atenção primária e quatro da hospitalar, com idade média de 37,87 anos.

Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a RAS

A RAS é a integração de todo o sistema de saúde, ou seja, entre os níveis de atenção de diferentes densidades tecnológicas, sendo a Atenção Primária em Saúde (Atenção Básica), a secundária e terciária e que busca responder por meio da efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2010,2011), compreendem os serviços da APS as Unidades Básicas de saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, Serviços de Atenção Secundária e Terciária os Centros de Apoio Psicossocial (CAPSs), nas redes de atenção à saúde mental; os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), nas redes de atenção à saúde bucal; as Unidades de Terapia Renal Substitutiva (UTRSs), nas redes de atenção às doenças renais; o Centro de Referência de Atenção aos Idosos, nas redes de atenção aos idosos; as maternidades nas redes de atenção às mulheres e às crianças; serviços de urgência e emergência, Cardiologia, Oncologia, Neurologia, atenção ao paciente grave entre outros. Em geral, os pontos de atenção secundária e terciária são constituídos por unidades hospitalares e por unidades ambulatoriais, estas últimas, podendo estar situadas no hospital ou fora dele. Além disso, garantem acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade.

Dessa forma, é importante a articulação entre todos os serviços, onde os trabalhadores estabeleçam relações de comunicações e trocas a fim de criar vínculo com o usuário para que o mesmo seja acompanhado na RAS. Além disso, devem se responsabilizar pela continuidade

de sua assistência, facilitando esse “caminhar na rede” e atendendo às suas necessidades e/ou demandas, o que pode ser chamado de cuidado compartilhado (BRASIL, 2010b; MENDES, 2011).

Quando questionados sobre o conhecimento e funcionamento da RAS do município, a maioria dos entrevistados referiu conhecer seu significado, porém relataram que esta não é funcionante, conforme evidenciam os depoimentos que seguem:

[...] “o conjunto de todos os serviços [...] nós temos pontos de cuidados, falta interligar, esses pontos pra formar a rede, algumas coisas funcionam, mas isso não está institucionalizado, tu depende muito mais do profissional que está ali [...] acho que falta os serviços se reunirem, se conhecerem, se conversassem entre si, pra formarem essa rede, tem que ser formalizado[...] ser instituído longitudinal, que todos os serviços da rede, possam ter esses momentos de conversa e de ter essa preocupação de contra referencia, porque é muito importante [...]” (a5)

[...] “é a parte de profissionais que compõe a atenção, a atenção básica, a parte de médicos, de enfermeiros, do sistema de ligação, de atenções também [...] acho ela horrível (risos), acho que não funciona nada, que falta gestão, que falta alguém pra organizar as coisas e treinar os próprios funcionários [...] o treinamento seria fundamental, porque eu não vejo isso acontecer, você vai pra atenção básica e nem sabe de nada, você passou no concurso e nem sabe de nada, como funciona, tu vai descobrindo de conversa aqui, conversa ali, mas eu acho que deveria ser feito um treinamento pra próprio entendimento [...] acho que não funciona nada, falta gestão, falta orientação, falta treinamento” (b8)

[...] “deveria funcionar eu acho[...] não sei se existe, mas se for implantado eu acredito que deva funcionar [...] existe essa rede já ou não? existe? só que não é funcional [...] não sei o que falta para funcionar, mas uma coisa é que tem que funcionar porque senão todo o SUS e os preceitos do SUS e o seus princípios básicos não fazem sentido, a história da integralidade do serviço não faz sentido [...] porque eu estou trancada na atenção básica, e ai eu consigo encaminhar o paciente para outro nível só que quando ele volta, ele volta sem nada, como se ele nunca tivesse saído da atenção básica [...] me sinto bem ilhada na atenção básica, não tenho contato, estou isolada, não tenho contato com ninguém dos outros níveis....se funcionar é de grande valia” (c3)

Em trabalho realizado por Veras et al. (2014) foi demonstrado a necessidade de modificar a abordagem da assistência à saúde, ou seja, constataram que o cuidado com o usuário precisa ser guiado desde a sua entrada no sistema até o fim de sua vida e, que os serviços devam estar integrados em todos os seus níveis de atenção.

Em análise sobre o caminho percorrido pelo usuário do SUS, desde o nível de menor densidade tecnológica até o de maior densidade, Sousa et al. (2014) descreveram que a principal dificuldade encontrada pelos indivíduos é a integralidade e a continuidade do cuidado. Ainda, salientam que é importante a estruturação da RAS, o fortalecimento da integração entre os profissionais a fim de pactuar os fluxos de assistência à saúde na rede.

Nesse sentido, Nora e Junges (2013), referem que um dos pontos negativos para o cuidado integral é a fragmentação da rede de atenção em saúde. Em decorrência disso, a atenção básica não consegue exercer sua principal função que é ser o centro de comunicação, ou seja, a responsável por coordenar o cuidado.

Segundo Cecílio e Merhy (2003), a proposta para vencer os desafios de uma assistência integral tem seu início na reorganização dos processos de trabalho na rede básica e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais como uma relação de atos, procedimentos, fluxos, saberes, rotinas, comunicação e cuidado em saúde. E todo esse processo é decorrente da maneira como os serviços e profissionais se articulam.

A exemplo disso, cita-se o trabalho realizado por Prestes et al. (2011), entre dois serviços de atenção à saúde, onde pode ser observado que o fundamental para a oferta de um serviço de qualidade está relacionado com a troca de conhecimentos, com o compartilhamento das dificuldades, assim como, a corresponsabilidade do cuidado.

É nesse contexto que se efetiva o trabalho da residência multiprofissional, que tem por finalidade articular os diferentes saberes para buscar o atendimento integral as pessoas. No campo de prática hospitalar, o que se percebeu nas entrevistas é uma fragmentação de saberes, em que cada profissional busca atingir a necessidade do usuário de forma isolada, com ineficiência na comunicação, como observado nas falas que seguem:

[...] “eu não costumo orientar, normalmente os pacientes [...] a gente da uma conduta médica e quando o paciente tem alguma dúvida a gente encaminha sempre via secretaria de saúde, ou se for outro município próximo a gente encaminha para atenção básica, algumas vezes a gente encaminha por referência e contra referência, pra outras especialidades, conforme o acesso da rede SUS, que não é muito fácil [...]” (aII)

[...] “a falta de comunicação [...] e os médicos também as vezes não comentam com agente [...] agente não tem essa comunicação, essa relação [...]” (bIV)

[...] “o que eu vejo como dificuldade é que as vezes mudam e não nos passam [...] nós não temos uma informação clara, é quando existe mudança de rotina, simplesmente a rotina modifica e nós não ficamos sabendo” (cX)

Um dos dispositivos para que isso aconteça, ou seja, que os fluxos assistenciais existam e sejam efetivos e resolutivos, é a formação das Linhas de Cuidado.

As linhas de cuidado revelam os caminhos que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, ou seja, ela desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Também, definem as ações e os serviços que devem ser realizados nos pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas e nos sistemas de apoio, bem como

determinam as atuações em cada classificação de risco. Elas não funcionam somente como diretrizes, mas também pela pactuação dos fluxos entre os gestores para facilitar o acesso do usuário às suas necessidades. Envolve ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação, cuidado e, paliativas referentes à determinada doença (ASSIS et al., 2010; FRANCO; FRANCO, 2014; MENDES, 2011; FRANCO, SANTOS, SALGADO, 2011).

Apesar de incluir o sistema de referência e contra referência, a linha de cuidado diferencia-se deste processo, pois sua funcionalidade vai além de protocolos estabelecidos. Esta é baseada nos Projetos Terapêuticos e na pactuação dos fluxos entre os gestores dos serviços, o que possibilita a reorganização do processo de trabalho com a finalidade de facilitar o acesso do usuário a qualquer serviço que necessitar. Além disso, apresenta a ideia de cuidado integral, realizado por meio do acolhimento, vínculo e responsabilização dos profissionais diante da situação de saúde vivenciada pelo usuário (FRANCO, SANTOS, SALGADO, 2011).

Dessa forma, podemos observar pelas falas dos profissionais, que ainda não está estruturada a RAS como preconiza o atual modelo, ou seja, o da articulação e comunicação entre os diversos serviços ou pontos de atenção à saúde a fim de que seja mantida a continuidade do cuidado. Apesar de alguns profissionais conhecerem o seu significado, fica evidente o despreparo e a desinformação sobre como trabalhar em rede e a Educação Permanente contínua sobre o assunto. Isso pode sinalizar a falta de gestão e organização de todo o conjunto de serviços de assistência à saúde.

Percepção dos profissionais de saúde sobre o sistema de referência e contra referência

Outra ferramenta de gestão que o SUS traz para sua consolidação é o processo de referência e contra referência. Previsto na Política Nacional de Humanização e sustentado pela Regulação Assistencial e hierarquização dos serviços, este processo é visto como uma das principais formas de consolidação do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2006a).

O sistema de referência e contra referência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de densidades tecnológicas, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde) sendo a contra referência estabelecida para o núcleo de vínculo do usuário. No entanto, deve ser reforçada a sua concepção central de fomentar e assegurar

vínculos em diferentes dimensões intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2006a; REDE HUMANIZASUS, 2014).

A definição do processo de referência é o encaminhamento de um indivíduo que se encontra em um determinado serviço de baixa densidade tecnológica para outro de maior nível hierárquico. Já a contra referência é o encaminhamento desse usuário para a unidade de sua origem, a qual referiu, após resolução da causa responsável pela referência. Ainda, este sistema foi criado para direcionar os serviços de saúde por meio de fluxos internos e externos. O primeiro, onde o usuário recebe a atendimento em um mesmo local e, que este apresente o mínimo de recurso sendo sustentável. O segundo possibilita assistência integral por meio da utilização de recurso de outros níveis de atenção, como o sistema de referência e contra referência (BRASIL, 1990; KUSCHNIR et al., 2014; MENDES, 2012).

O maior grau de densidade tecnológica para onde o usuário é encaminhado, ou seja, para um atendimento com níveis de especialidade complexa como, os hospitais e clínicas especializadas, é denominado de Referência. Já a baixa densidade tecnológica, onde as necessidades do usuário são mais simples e que ele possa receber um atendimento em nível mais primário, que é a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio, denomina-se Contra Referência (BRASIL, 2003, MENDES, 2011).

Em outras palavras, esses níveis hierárquicos compreendem a porta de entrada para os serviços de maior densidade tecnológica e são denominados Unidades de Referência. O usuário, atendido na unidade básica, é referenciado para outra unidade a fim de receber o atendimento necessário. Após, finalizado o atendimento nessa especialidade, o mesmo deve ser contra referenciado, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem com a finalidade da continuidade do atendimento/assistência à saúde.

É importante salientar que a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, destaca o sistema de referência e contra referência como parte da competência de cada componente da RAS (Atenção Básica, Atenção Especializada) (BRASIL, 2014b).

Diante disso, e com base nas percepções dos profissionais da saúde, percebeu-se que o sistema de referência e contra referência, especialmente referente aos usuários com alterações vasculares, não acontece entre os serviços, tal como é discorrido nas falas abaixo:

[...] “não, agente não recebe retorno [...] às vezes agente fica sabendo ou não, às vezes agente fica sabendo se o paciente nos trás ou não, eu procuro ter mais ou menos um controle do que agente manda daí se o paciente não traz eu peço para o agente de saúde ir a casa, só que isso é um problema porque a maioria dos serviços não dá por escrito o que foi feito [...]”(a5)

[...] “é impossível um profissional fazer funcionar se ele não sabe nem como é que funciona, nem quem dá aporte pra ele, nada [...] também vai do profissional, cada um é um, as vezes não funciona, eu acho que a parte de organiza que falta, organiza um pouco, que daí cada um faz o seu no seu cantinho e acaba que [...] eu faço o meu [...] cuido do ombro do meu e aí mando para ele lá e ele se virar, não sei nem como é que tá [...] e daí pra ti consegui alguma informação já é uma função [...] um dia eu precisei de informação do hospital, de um paciente meu, liguei pra lá, não consegui nunca, não consegui nada [...] então falta essa interação [...] não sei nem qual é o caminho (risos) [...] alguém precisava criar (risos) um sistema pra integração (risos) de portas abertas, que eu nem sei como é que faz, não sei nem como é que começa [...]”(b8)

[...] “o termo de referencia geralmente é quando tu vai encaminhar um paciente pra uma atenção secundária, geralmente terciária, então tu encaminha, escreve mais ou menos a história do paciente o que precisa de avaliação, e o certo seria retornar aquele papel com a resposta, digamos assim daquele especialista, pra tu pode saber o que aconteceu, e da seguimento junto com a especialidade, pode seguir com a pessoa, já que lá ela não vai conseguir seguir muito, então seria pela atenção básica tu ter noção do que acontece em outros níveis [...] nunca recebi, desde que estou aqui, nenhum, zero, nada [...] eu só acho dificuldade, [...] a gente referencia primeiro, porque a gente não recebe de volta e, segundo, porque é muito difícil tu conseguir a consulta [...]”(c3)

Com isso percebemos a fragmentação entre os serviços e o não compartilhamento do cuidado do usuário com a RAS. Para Lavras (2011), essa fragmentação manifesta-se de diferentes formas, especialmente na fragilidade da articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços, além da desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico e, também como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos.

Como exemplo, em um serviço de maior densidade tecnológica, deve-se planejar a alta hospitalar desde o início, ou seja, no dia da internação do usuário. Isso poderá contribuir para a redução das reinternações/hospitalizações e, especialmente, para dar seguimento e/ou continuidade da assistência à saúde para aquele indivíduo na sua região de origem. Dessa forma, entende-se que, para qualificar o processo de referência e contra referência, deve-se sistematizar a atenção multiprofissional no momento da alta hospitalar, o que irá desencadear uma ação mais integrada, resolutiva e humanizada para a continuidade da assistência a saúde do usuário.

Conforme Fratini, Saupe e Massaroli (2008), o significado de referência e contra referência, por mais que seja considerada uma mudança no sistema, ainda permanecem freados, especialmente no que se refere à sua efetividade e funcionalidade.

Corroborando com o exposto, Machado, Colomé e Beck (2011), afirmam que, a respeito da organização dos serviços de saúde, deve-se evoluir muito. Salientam que existem

muitas lacunas referentes à comunicação, que deveria existir entre os profissionais atuantes nos diferentes níveis de atenção, visto que cada um desenvolve seu trabalho separadamente, deixando os usuários à disposição de um sistema de saúde ineficiente. Ademais, referem que o sistema de referência e contra referência ainda não está consolidado em nosso meio e que por isso, é importante refletir na continuidade do cuidado ao usuário na comunidade de forma mais comprometida, onde este processo não se limite a atuação de cada profissional da equipe, que de forma individual, busca a resolutividade das demandas.

Em vista disso, há que se referir sobre humanização do cuidado, pois ela valoriza a qualidade do atendimento, preserva as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários e enfatiza a comunicação e a integração dos profissionais (RIOS, 2009).

Esta diz respeito a uma aposta ético-estético-política. Ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque é relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos entre profissionais, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de transferência destes (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006a).

Nora e Junges (2013) referem que o maior desafio posto à PNH é articular as redes de atenção em saúde de forma compartilhada e que garanta o acesso aos usuários com qualidade e resolubilidade. Ainda, salientam que os serviços devem servir como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente, conectados aos processos de trabalho, em que a produção de saúde seja compreendida como produção de subjetividade.

Para ilustrar, vale ressaltar que a atual superlotação dos hospitais é uma realidade enfrentada em nosso meio. Além disso, a demanda reprimida, os custos onerosos da assistência prestada, o tempo prolongado de internação e seus riscos (infecções dentre outros) e, as questões sociais dos indivíduos e seus familiares fazem com que os profissionais criem formas de atuarem nesse contexto. Para tal, é importante maior investimento em educação permanente por parte das instâncias de gestão dos serviços, com vistas à melhoria da qualidade da atenção prestada, o que vai ao encontro da Política Nacional de Humanização (PNH).

Para Cecílio (1997), o hospital é o local onde deverá ser trabalhado o modelo assistencial no cuidado ao paciente, ao passo que na atenção básica, a continuação do cuidado será a prioridade, guiada pela equipe que iniciou o seu tratamento e que também servirá de

meio para reduzir o tempo de internação, valorização da rede básica e descentralização da assistência e/ou tratamento do usuário. Isso fica evidenciado nas falas subsequentes:

[...] “é responsabilidade de todos os profissionais, mas geralmente acaba caindo nas costas mais de um ou que outro essas referências e contra referências, eu entendo que acaba caindo muito mais nas costas da enfermagem e certo grau da medicina, é muito raro o profissional que está na outra ponta dar o retorno, o contato, agente fica sabendo muitas vezes o que está acontecendo pelo paciente [...] essa lerdeza e também essa nossa falta de informação [...] uma rede interligada, aonde a rede primária falha ele estoura na minha atuação e aonde eu não sei pra onde referencia também prejudica a evolução, não adiante eu largar um paciente daqui bonitinho, mas que precisa de cuidados e se ele não recebe esses cuidados que são devidos ele, acaba é colocando fora todo o trabalho que nós tivemos aqui, e nós temos por experiência profissional que isso já tem acontecido diversas e diversas e diversas vezes, então tu acaba ficando extremamente chateado e desmotivado [...]”(aII)

[...] “dessa rede é a falta de resolver o problema das pessoas [...] um paciente bem encaminhado é um paciente que não vai retornar outra vez [...] a maioria dos pacientes aqui mal orientados, retornam [...] isso de trabalhar justamente com os familiares, todo um trabalho, envolve vários profissionais, para receber esse cuidado [...]”(bIV)

[...] “tem algumas falhas, como aqui é um hospital de referência, por exemplo, a população cresceu, mas o hospital não cresceu, então aí você não tem leito para internar, não tem sala para fazer cirurgia, muitas vezes o paciente é paciente sem ter a necessidade de vir para o hospital terciário, mas acaba vindo, nos toma tempo de atender quem está precisando, o problema que pode ser resolvido na atenção básica, não é resolvido, vem pra cá, mas a proposta do sistema é funcionar certinho, falta lapidar um pouco mais isso daí, tem que ter, por exemplo, aumentar a estrutura desse hospital que foi construído a 40 anos e mantém a mesma estrutura [...] tem problema do pessoal da anestesia também, falta anestesista para o hospital, o sistema só funciona todo, se todo mundo trabalhar junto, senão em algum momento tem um obstáculo[...]”(cX)

A Humanização do SUS operacionaliza-se com a troca e a construção de saberes, com trabalho em rede com equipes multiprofissionais, com a identificação das necessidades dos diferentes sujeitos do campo da saúde, com o pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS, com a construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS. Além disso, o resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, como o reconhecimento dos gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, visando garantir o acesso referenciado aos demais níveis de assistência em saúde e, a transferência segura conforme a necessidade dos usuários, respeitando a individualidade do sujeito (BRASIL, 2006b).

Em nosso sistema, percebe-se que os profissionais não conseguem fazer a relação entre a PNH como forma de instrumento de garantia e orientação da assistência à saúde e sua

atuação profissional, uma vez que, na prática é observado que os mesmos não buscam efetivar ou, pelo menos, reconhecer o que deve ser o cuidado em saúde orientado por esta política.

Por conseguinte, um dos mais relevantes princípios da Lei nº 8.080/1990, a integralidade, que se configura em um grande desafio para sua efetivação no SUS, cita ser necessário à formação de uma rede de serviços articulada a fim de garantir a resolução dos problemas de saúde da população, assim como o olhar voltado à prática do cuidado integral e processos de trabalho que viabilizem essa proposta (LIMA, et al., 2012).

A integralidade compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social) e da população sob responsabilidade das equipes básicas (BRASIL, 2014a).

Para Petrucci (2010), é importante pensar e entender o usuário na sua totalidade para seu direcionamento e acolhimento, que pode ser por meio de um acompanhamento na unidade de origem aliado à sua vinculação com todo o sistema. Para que isso ocorra é necessário mudança na atitude dos profissionais, que estes atuem de forma sistematizada em equipe multiprofissional, além de serem estimulados e orientados durante a graduação sobre esse processo.

O mesmo autor refere à desorganização dos serviços, devido à inexistência de orientação e de capacitação frente ao trabalho que executam e de quão relevante é isso para o serviço como um todo e, a falta de comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de densidades tecnológicas. Uma das respostas para isso é a falha na gestão do sistema, que contribui para a continuidade dos graves problemas no sistema de saúde no Brasil, na desarticulação entre a atenção terciária e atenção básica.

Para Lima et al. (2012), a partir do pressuposto de que a integralidade é o princípio do SUS que se configura como grande desafio para sua efetivação é importante considerar a necessidade de uma rede de serviços articulada. Dessa forma, será assegurada a resolução dos problemas de saúde da população, bem como o olhar voltado à prática do cuidado integral e processos de trabalho que viabilizem essa proposta.

Por conseguinte, é necessário aprimorar o sistema de referência e contra referência a fim de melhorar e facilitar o trabalho dos profissionais, especialmente no momento no qual nos encontramos com um grau de tecnologia tão elevada. Ainda, é fundamental criar métodos de conscientização entre os profissionais por meio de capacitação e cursos para que o processo de trabalho no sistema como um todo, que envolve a comunicação entre todos,

torne-se eficaz e seja desenvolvido conforme o que preconiza o SUS: integralidade e qualidade da assistência (PETRUCI, 2010).

Ademais, percebe-se no sistema que a oferta das ações e serviços é voltada para uma parcela reprimida da população e não para suprir as demandas de que necessitam. É de fundamental importância e “urgência” que todos os profissionais da saúde saibam como realizar o processo de referência e contra referência a fim de possibilitar uma melhor comunicação entre os serviços, resolutividade e continuidade da assistência em saúde. Assim, poderiam ser reduzidas as filas de espera nos níveis de maior densidade tecnológica e as re-hospitalizações por agravos/complicações que apresentaram “falhas” em algum ponto da RAS.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é importante destacar que os profissionais, tanto da Atenção Básica como hospitalar, possuem uma compreensão da Rede de Atenção à Saúde e do processo de referência e contra referência. Observou-se que, apesar de entendimentos diferentes, os mesmos apresentaram queixas e/ou preocupações semelhantes sobre o sistema de atenção, além de referirem importantes questões acerca do tema.

Ainda, as falas deixam evidentes que o processo de referência e contra referência é um tanto quanto complexo, que encontra resistências e dificuldades para a sua efetivação e formalização, pois a atenção/assistência à saúde implica que os serviços estejam organizados frente suas rotinas de trabalho, que visualizem a importância da comunicação entre profissionais e todos os serviços que compõe a rede.

Acredita-se que uma questão a ser trabalhada e que contribuiria para a efetivação de uma maior comunicação entre os serviços é a realização de capacitação contínua e/ou educação permanente a todos os profissionais dos diferentes níveis de atenção sobre como atuar ancorados nos princípios do SUS e de suas políticas, ou seja, do atual modelo de saúde de forma a garantir o cuidado integral e a continuidade da assistência aos usuários.

Neste contexto, é importante referir que a Residência Multiprofissional favorece a compreensão dos diferentes núcleos do saber sobre o trabalho interdisciplinar, a necessidade de trabalhar em redes e a inclusão do usuário e seu familiar no tratamento. Isso pode ser facilitado, em parte, pela atuação dos residentes na RAS, com esse objetivo.

Este estudo evidenciou vários aspectos que precisam ser melhorados e ainda pode-se perceber certa movimentação dos profissionais para o trabalho interdisciplinar e que vise atender a integralidade do usuário.

Vale ressaltar que uma das dificuldades para a realização deste trabalho foi o difícil acesso a alguns locais da rede (UBS/ESF) e o tempo disponível dos residentes para realizar a entrevista com os profissionais, o que fez com que pudessem refletir sobre a temática e expor, de alguma forma, algumas inquietações do processo de trabalho que acreditam que possa ser melhorado.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care, 35 Suppl 1, S64-71, 2012.

ARAÚJO, M.F.M. et al. **Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais**. Esc Anna Nery Rev Enf. vol.14, n.2, p.361-7, 2010.

ASSIS, M.M.A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. Acesso em 29 de outubro de 2014. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/xjcw9/pdf/assis-9788523208776.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília, 2003.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006b.

_____. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011a. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2337&Itemid=77.

_____. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília, 2011b. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: Coleção para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2011d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012a**. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis no âmbito do

Sistema único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, 2014b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

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

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março de 2003.

EVERT, AB et al. **Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes**. Diabetes Care, Volume 37, Supplement 1, January 2014. Acesso em 28 de novembro de 2014. Disponível em: http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/364--DiaCare_AdultsDiabetes.pdf.

FRATINI, J.R.G; SAUPE, R; MASSAROLI, A. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Cienc Cuid Saude. vol.7, n.1, p.065-072, Jan/Mar, 2008.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 27 de outubro de 2014. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf.

FRANCO, T. B.; JÚNIOR, H.M.M. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Acesso em 28 de outubro de 2014. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%20CANCIA%20C0%20SA%20DADE%20-%20T%20FALio.pdf>.

FRANCO, C.M.; SANTOS, S.A.; SALGADO, M.F. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde**. Organizado por Luisa Regina Pessôa, Eduardo Henrique de Arruda Santos e Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres. Rio de Janeiro, Ensp, 2011. Acesso em 11 de março de 2015. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_192230840.pdf.

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. Acesso em: 10 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=historico.html>.

IDF. International Diabetes Federation. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Acesso em 27 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>.

KUSCHNIR, R. et al. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS**. Acesso em 16 de dezembro de 2014. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC Pós-Graduação em Enfermagem. p. 294, 2002.

LIMA, I.F. dos S. et al. **Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família**. Rev Esc Enferm USP. vol.46, n.4, p.944-52, 2012.

MACHADO, L.M.; COLOMÉ, J.S.; BECK, C.L.C. **Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra referência: um desafio a ser enfrentado**. R. Enferm. UFSM 2011, Jan/Abr:1(1):31-40.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul/set, 2010.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. da. **O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão**. Epidemiologia Serviços de Saúde, Brasília, vol.22, n1, p.151-164, jan/mar, 2013.

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

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014. p.303-60.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R.. **Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática.** Rev Saúde Públ. vol.47, n.6, p.1186-200, 2013.

OLIVEIRA, C. **Importância das guias de referência e contra referência para usuários e sistema de saúde.** Acesso em 28 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/importancia-das-guias-de-referencia-e-contra-referencia-para-usuarios-e-sistema-de-saude/34116/>.

PETRUCI, F.R. **Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica.** Monografia (Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família) – INDEP, Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação. Assis-SP, 2010.

POLICARPO, N. de S. et al. **Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético.** Rev Gaúcha Enferm. vol.35, n.3, p.36-42, set, 2014.

PRESTES, L.I.N. et al. **Apoio Matricial: um Caminho de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde em Palmas-TO.** Rev Bras Cienc Saúde. vol.15, n.2, p.215-218, 2011.

REDE HUMANIZASUS. **Sistema de referência e contra referência.** 2014. Acesso em 27 de setembro de 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/132>.

RIOS, I.C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea Editora, 2009. Acesso em 30 de outubro de 2014. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C. et al. **Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco.** Rev Bras Cardiologia. vol.27, n.1, p.35-42, jan/fev, 2014.

SMS. Secretaria de Município da Saúde. **Postos de Saúde.** Acesso em 28 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude>.

SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. **Construção social da demanda em saúde.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, vol.23, n.2, p.393-413, 2013.

SOUSA, F.O.S. et al. **Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais**. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.19, n.4, p.1283-1293, 2014.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Cuide bem dos seus pés e não pise na bola!** [Internet]. São Paulo; 2011. Acesso em 19 de novembro de 2014. Disponível em: www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/educacao/1637-cuide-bem-dos-seus-pes-e-nao-pise-na-bola.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Sociedade Brasileira de Diabetes. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Acesso em 28 de novembro de 2014. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>.

STREUBERT, H. J. CARPENTER, D.R. **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2. ed. Lusociência, Loures. 2002. 383p.

VERAS, R.P. et al. **Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis**. *Rev Saúde Pública*. vol.48, n.2, p.357-365, 2014.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Acesso em: 27 de outubro de 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1.

Apêndices

Apêndice A

Roteiro entrevista profissionais

Identificação: Profissional

Código:

Idade:

Profissão:

Conhece a secretária de saúde do município?

Você sabe que tipos de encaminhamentos, materiais, serviços que o município disponibiliza?

Quais desses serviços você costuma orientar?

Quais as facilidades / dificuldades que você encontra para a realização dessas orientações?

Em caso de dúvida o que você faz?

Durante a internação você procura ofertar esses serviços? Quais?

Você sabe o que é referência e contra referência?

Você costuma referenciar o usuário para outros níveis de atenção?

Quais as facilidades / dificuldades que você encontra para referenciar o usuário?

Você sabe o que é rede de atenção em saúde?

Como você vê a rede do município?

Quais são, em sua opinião, os pontos negativos e positivos dessa rede?

Como você visualiza sua atuação nesse sistema?

Apêndice B - Cartilha

SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS



ADULTO E IDOSO

Versão 2014

Apêndice C - Banner

SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA AO USUÁRIO COM ALTERAÇÃO VASCULAR

Res. Assistente Social Francine Ziegler Leal - HUSM | Res. Enfermeira Clarissa Potter - HUSM | Res. Nutricionista Juliana Ebling Brondani - HUSM
Profª Drª. Rosângela Marion da Silva - HUSM/CCS | Enfª Ms. Helena Carolina Noal - HUSM

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Associação de Pais e Mestres dos Excepcionais - APAE
- Associação dos Surdos de Santa Maria - ASSM
- Escola Estadual de Educação Especial Dr. Reinaldo F. Coser
- Associação Santamariense de Deficientes Físicos – ASADEF

ASSISTÊNCIA SOCIAL E SERVIÇOS

- Centro de Referência Especializado de Assistência Social- CREAS I e II
- Centro de Referência de Assistência Social- CRAS Região Oeste, Leste e Norte
- Secretaria de Município de Desenvolvimento Social
- Instituto Nacional de Seguro Social – INSS
- Ministério Público

CASAS LARES

- Abrigo Espírita Oscar José Pithan
- Amparo Providência Lar das Vovozinhas
- Associação Santamariense de Auxílio aos Necessitados Vila Itagiba
- Casa de Passagem Adulto

HUSM

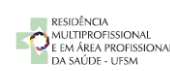
- Ambulatório Multiprofissional Vascular
- Ambulatório Grupo de Estudos de Lesões de Pele (GELP)
- Internação

SERVIÇOS DE SAÚDE

- Unidades Básicas de Saúde - UBS
- Unidades de Estratégias de Saúde da Família – ESF
- Pronto Atendimento Municipal: infantil, adulto e odontológico
- Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 Horas
- Centro de Referência em Tuberculose
- Unidades Distritais
- Centro de Diagnóstico e Atenção Secundária – CEDAS
- Centro em Especialidades Odontológicas – CEO
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
- Unidade de Saúde Casa Treze de Maio

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

- Ambulatório de Saúde Mental
- Centro de Atenção Psicossocial- CAPS I i O Equilibrista
- Centro de Atenção Psicossocial- CAPS AD II Caminhos do Sol
- Centro de Atenção Psicossocial- CAPS II Prado Veppo
- Centro de Atenção Psicossocial- CAPS AD II Cia do Recomeço
- Comunidade Terapêutica Fazenda do Senhor Jesus
- Conselho Municipal se Entorpecentes – COMEN
- Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes



Anexos

Anexo I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do estudo: O processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares de uma instituição hospitalar para a rede de atenção à saúde.

Pesquisadores responsáveis: Prof^a Rosângela Marion da Silva; Prof^a Helena Noal; Clarissa Potter; Francine Ziegler Leal; Juliana EblingBrondani.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Ciências da Saúde – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

Telefone para contato: (55) 3220-9544

Local da coleta de dados: HUSM

Prezado (a) Senhor (a): Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste estudo de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder algumas perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Analisar o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares do HUSM com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede do Município de Santa Maria.

Procedimentos: Será realizada uma entrevista, que será gravada e, após, transcrita, sendo que os dados ficarão sob responsabilidade das pesquisadoras, por um período de 5 anos e, após, serão destruídos.

Benefícios: Esta pesquisa irá contribuir para avaliar a continuidade do atendimento dos usuários do SUS, contribuindo para a integralidade da assistência. Os benefícios serão indiretos aos participantes.

Riscos: A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você (risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual). No entanto, você poderá sentir algum desconforto emocional ao responder algumas questões referentes ao estudo ou ficar cansado em responder as perguntas. Caso seja necessário, será realizado encaminhamento para atendimento na rede municipal.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 2014.

Assinatura

Assinatura do responsável pela pesquisa

Prof.^a Dda. Rosângela Marion da Silva
RG: 6061439185 - Coren: 136718

Assinatura do responsável pela

Prof.^a Helena Noal
RG 5037565651 - Coren: 51308

Enfermeira Clarissa Potter
RG: 4083102162- Coren: 262412
Responsável pela coleta de dados

Assistente Social Francine Ziegler
Leal
RG: 9071022901- Cress: 10009
Responsável pela coleta de dados

Nutricionista Juliana
EblingBrondani
RG: 5081939877 CRN: 11198D
Responsável pela coleta de dados

Anexo II - Parecer NEPES



Prefeitura Municipal de Santa Maria
Secretaria de Município da Saúde
Núcleo de Educação Permanente
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de pesquisa intitulado “**processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares de uma instituição hospitalar para a rede de atenção à saúde**” sob a orientação da **Profª Rosângela Marion da Silva**, vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde/UFSM, poderá ser desenvolvido junto a esta Secretaria de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo geral analisar o processo de referência e contra-referência dos usuários com alterações vasculares do HUSM, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede do Município de Santa Maria. Os sujeitos de pesquisa serão pacientes com alterações vasculares que acessam o SUS pela atenção básica do município de Santa Maria - RS.

Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.

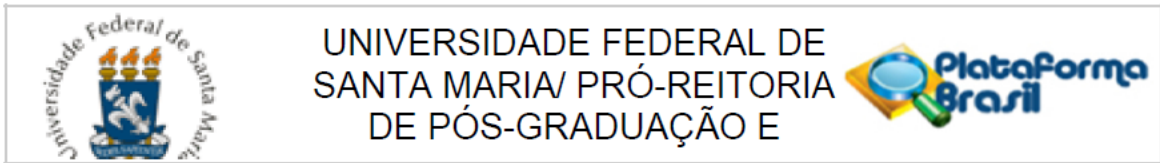
Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 03 de abril de 2014.

Rodrigo Silva Jardim

Sociólogo Rodrigo Silva Jardim
 Núcleo de Educação Permanente da Saúde
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

Anexo III - Parecer CEP/UFSM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DOS USUÁRIOS COM ALTERAÇÕES VASCULARES DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PARA A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Pesquisador: Rosângela Marion da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 32533014.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 718.977

Data da Relatoria: 08/07/2014

Apresentação do Projeto:

No contexto da saúde, é necessário que os trabalhadores estabeleçam vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar seu percurso na rede, e se responsabilizarem pela continuidade da assistência, procurando facilitar esse "caminhar na rede" atendendo às suas necessidades.

Assim, esse estudo se justifica pela importância de mobilizar as equipes de saúde para a necessidade da realização da referência e contra referência dos usuários, para suas unidades de atenção primária, formando com isso uma rede de saúde mais sólida, efetiva e com um atendimento integral em todos os níveis de atenção em saúde. O objetivo é analisar o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares do HUSM, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede do Município de Santa Maria.

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa que será realizado no município de Santa Maria/RS com trabalhadores do Sistema Único de Saúde e usuários com alterações vasculares mediante critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de coleta de dados é a entrevista semi-estruturada e a análise dos dados será realizada concomitantemente a coleta de dados, o que possibilitará a inclusão de novos participantes, ou do encerramento da coleta de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

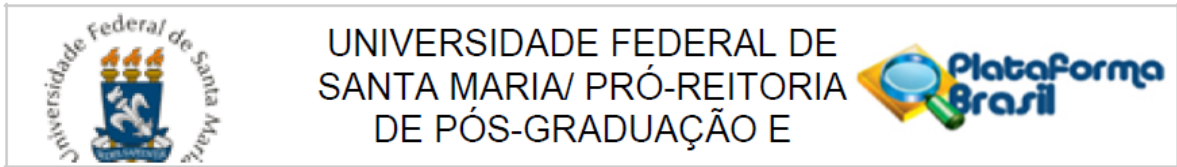
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 718.977

dados em caso de saturação dos dados. Os dados serão analisados por meio da Análise Temática. Espera-se que os resultados possibilitem intervenções efetivas que fortaleçam o fluxo da Rede de Atenção à Saúde no Município de Santa Maria.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares do HUSM, com vistas a contribuir para o fortalecimento da Rede do Município de Santa Maria.

Específicos

- Conhecer de que forma está estruturada a Rede de atenção à saúde ao usuário do município de Santa Maria;
- Conhecer a percepção dos usuários com alterações vasculares do HUSM, sobre a Rede;
- Identificar a percepção dos trabalhadores sobre o processo de referência e contra referência dos usuários com alterações vasculares do HUSM e do município de Santa Maria.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para o participante (risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual). No entanto, o mesmo, poderá sentir algum desconforto emocional ao responder algumas questões referentes a esta pesquisa e poderá desistir desta a qualquer momento e sem qualquer prejuízo. Os benefícios são indiretos e derivam-se dos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes e adequados.

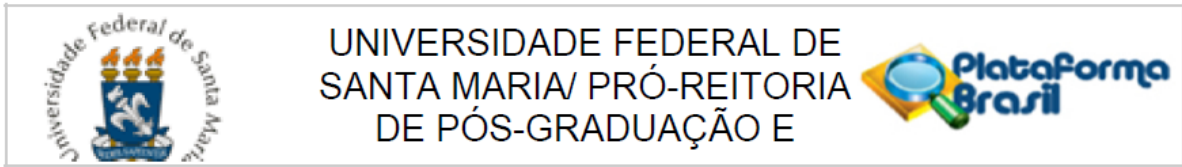
Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar			
Bairro: Camobi		CEP: 97.105-970	
UF: RS	Município: SANTA MARIA		
Telefone: (55)3220-9362		E-mail: cep.ufsm@gmail.com	



Continuação do Parecer: 718.977

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 15 de Julho de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com