

Milena Pereira

**FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO**

Dissertação de Mestrado submetido ao Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, modalidade Mestrado Profissional para a obtenção do Grau de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gestão e Gerência em saúde e enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Matos

Coorientadora: Dra. Sabrina da Silva de Souza

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Milena

Fluxograma de Referência e Contrarreferência
entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto
Atendimento / Milena Pereira ; orientador, Eliane
Matos, coorientador, Sabrina da Silva de Souza,
2018.

130 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Rede
Assistencial do Município. 3. Contrarreferência. 4.
Integralidade. 5. Fluxograma. I. Matos, Eliane .
II. da Silva de Souza, Sabrina . III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Gestão do Cuidado em Enfermagem. IV. Título.

Este trabalho é dedicado ao meu marido e ao meu filho, que compreenderam minha ausência durante este percurso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu amado marido, que durante todos estes anos me apoiou em momentos difíceis, por seu meu par ideal, por suportar meus momentos de escuridão e por dar suporte em casa para que eu pudesse me dedicar ao mestrado. Xú, amo você!

Ao meu filhote que entendeu minha ausência e que foi meu parceiro de estudo durante várias noites, por ficar ao meu lado só para me fazer companhia. Xuzinho, amo você!

A Professora Eliane pela confiança depositada, por suas orientações e grandes contribuições a esta pesquisa.

A Professora Sabrina que me adotou durante este tempo e que trouxe ótimas contribuições a este trabalho.

Sem estas duas professoras esta pesquisa não seria possível e nem estaria completa!

As professoras que participaram da banca de qualificação e de sustentação por aceitarem participar deste importante momento da pesquisa.

Aos meus maravilhosos parceiros de trabalho Sabrina, Mariana, Lucas, Vilmar, Pedro e Rodrigo. Obrigada por todos os momentos e desafios que passamos e vencemos juntos, por me cobrirem no trabalho quando precisei me dedicar à esta pesquisa. Vocês estão no meu coração!

A minha mãe e a meu pai pelos ensinamentos valiosos, por me incentivarem a continuar estudando, por serem esse exemplo de vida. Amo vocês!

A querida colega e amiga Elizimara parceira nas ideias e nas conspirações para melhorar o nosso ambiente de trabalho.

Aos colegas da Comissão de Sistematização da Enfermagem – CSAE, que participaram efetivamente na construção desta pesquisa.

Aos participantes da pesquisa por disponibilizarem seu tempo, a participação de você foi fundamental.

As minhas lindas e amadas amigas loucas, que me divertiram em momentos de cansaço e estresse, por não desistirem de mim, por entenderem minha ausência, por ajudarem a entreter o meu filhote e por serem tão maravilhosas! Amo vocês!

Trabalhar em equipe não significa que todos tenham que fazer tudo, mas sim ter a consciência do todo e do papel de cada um neste todo.
(Daniel Godri Junior)

RESUMO

Pesquisa Convergente Assistencial com objetivo de propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento para o município de Florianópolis. A pesquisa foi realizada em duas fases, a primeira quantitativa descritiva e retrospectiva para caracterizar os usuários adultos atendidos em uma Unidade de Pronto Atendimento deste município, pela especialidade de clínica médica, com dados extraídos do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), do período entre janeiro a dezembro de 2016. A segunda fase ocorreu entre julho de 2017 e fevereiro de 2018, com abordagem quantitativa-qualitativa, sendo o objetivo levantar as facilidades e as dificuldades dos enfermeiros na efetivação da referência e contrarreferência na rede, e de desenvolver processo reflexivo com os enfermeiros sobre a importância do tema. Essa fase foi composta por dois momentos. Primeiramente, foi aplicado um questionário com 91 enfermeiros e sete enfermeiros residentes, através da tecnologia *SurveyMonkey*, abordando a percepção dos profissionais sobre o fluxo de referência e contrarreferência. Posteriormente, considerada como a prática assistencial, realizou-se uma discussão através da técnica de grupo de convivência, participaram nove enfermeiros. Estes dois momentos resultaram na elaboração de um fluxograma de referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento para o município de Florianópolis. Os dados quantitativos, um total de 63.903 atendimentos realizados, foram organizados e analisados através *software IBM Statistics Syntax Editor*, com estatística simples. Identificou-se uma população adulta com predominância feminina, jovem, em idade produtiva e moradores de regiões próximas a unidade. A queixa de dor foi o motivo de busca dos usuários pelo serviço. A classificação de risco “Verde – Menor Urgência – Intercorrência” foi a mais frequente, convergindo com o encontrado em outras realidades similares. Na segunda fase, os dados gerados pelas respostas do questionário, foram extraídos do *SurveyMonkey*, sendo revisados junto com as anotações do diário de campo e a transcrição da gravação de áudio, resultando na codificação e construção das categorias: “percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência”, “fluxo de referência e contrarreferência na realidade atual”, as “facilidades no sistema de referência e contrarreferência”, as “dificuldades no sistema de referência e contrarreferência”, e, “aspectos essenciais a um fluxograma de referência e contrarreferência”. Observou-se que a referência e a contrarreferência entre as unidades ocorre desarticuladamente e, até certo

ponto, informalmente. Destaca-se a inexistência ou insuficiência de elo entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços de outros níveis, uma vez identificado que não há contrarreferência ou retorno monitorado. Em se tratando de instrumentos, a ferramenta mais utilizada é o formulário de encaminhamento, entretanto, este ainda se mostra frágil, uma vez que permanece a ineficiência do preenchimento. O grande facilitador do fluxo atual de referência e contrarreferência é o Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) utilizado. O estudo coletou importantes informações e sugestões para elaboração e sustentação de uma proposta para um fluxograma de referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento para o município de Florianópolis.

Palavras-chaves: Centros de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Rede Assistencial do Município. Unidade de Pronto Atendimento. Referência. Contrarreferência. Integralidade. Encaminhamento. Fluxograma.

ABSTRACT

Convergent Assistance Research with the purpose of proposing a referral and counter-referral flowchart between Primary Health Care and Emergency Care Units for the city of Florianópolis. The research was carried out in two phases, the first phase was quantitative descriptive and retrospective to characterize the adult users attended in a Emergency Care Unit of this city, by the medical specialty, with data extracted from the Electronic Registration System (medical records), from January to December 2016. The second phase occurred between July 2017 and February 2018, with a quantitative-qualitative approach. The objective was to describe the facilities and difficulties of nurses in the implementation of referral and counter-referral in the network, and to develop a reflexive process with nurses on the importance of the theme. This phase was composed by two moments. Firstly, a questionnaire was applied with 91 nurses and seven resident nurses, using *SurveyMonkey* technology, approaching the professionals' perception of referral and counter-referral flow. Subsequently, considered as the practice of care, a discussion was conducted through the technique of coexistence group, nine nurses participated. These two moments resulted in the elaboration of a flow chart of referral and counter-referral between Primary Health Care and Emergency Care Units for the city of Florianópolis. The quantitative data, a total of 63.903 consultations performed, were organized and analyzed through *IBM Statistics Syntax Editor Software*, with simple statistics. It was identified as predominant a female adult population, young, of reproductive age and residents of regions near the unit. The pain complaint was the main reason users searched for the service. The classification of risk "Green – Minor Urgency – Intercurrence" was the most frequent, converging with was found in other similar realities. In the second phase, the data generated by the questionnaire responses were extracted from the *SurveyMonkey* and revised along with the field journal annotations and the transcription of the audio recording, resulting in the coding and construction of the categories: "Professionals' perceptions in the system of referral and counter-referral", "referral and counter-referral flow in the current reality", "facilities in the referral and counter-referral system", "difficulties in the referral and counter-referral system", and "essential aspects of a referral and counter-referral flowchart". It was observed that the referral and counter-referral between the units occurs disarticulously, and, somehow, informally. It stands out that there is no link or insufficient link between Primary Health Care and services at other levels, once it has

been identified that there is no counter-referral or monitored return. When it comes to instruments, the most used tool is the referral form, however, it is still fragile, since the inefficiency of filling remains. The great facilitator of the current flow of referral and counter-referral is the Electronic Registration System (medical record) use. The study collected important information and suggestions for the elaboration and support of a proposal for a referral and counter-referral flowchart between Primary Health Care and Emergency Care Units for the city of Florianópolis.

Keywords: Health Centers. Primary Health Care. Assistance Network of the Municipality. Emergency care unit. Reference. Counter-referencing. Integrality. Routing. Flowchart.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AACR** – Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BDENF – Base de dados de Enfermagem
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
CAPPS – Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psico-Social
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEP – Código de Endereçamento Postal
CEP/UFSC – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CFM – Conselho Federal de Medicina
CID – Classificação Internacional de Doença
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COLECIONASUS - Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde
COREN/SC – Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina
CS – Centro de Saúde
CSAE – Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem
DECS - Descritores
E – Notas dos Questionários
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GAP – Gerência de Atenção Primária a Saúde
HU/UFSC – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MFC – Médico de Família Comunitária
MPENF – Mestrado Profissional de Enfermagem
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ND – Notas de Discussão
NG – Notas da Gestão
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH – Política Nacional de Humanização
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNE – Sonda Nasoenteral
SNG – Sonda Nasogástrica
SPSS – Software IBM Statistics Syntax Editor
SUS – Sistema Único de Saúde
SVD – Sonda Vesical de Demora
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
ULS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPA SUL – Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 OBJETIVOS.....	25
1.1.1 Objetivo geral.....	25
1.1.2 Objetivos específicos	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	27
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	27
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	29
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
2.4 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	36
2.5 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	39
2.6 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	43
2.7 FLUXOGRAMA.....	45
3 MÉTODO.....	47
3.1 CONCEPÇÃO	48
3.2 INSTRUMENTALIZAÇÃO:.....	48
3.2.1 Espaço físico da pesquisa.....	49
3.2.2 Participantes da pesquisa	49
3.2.3 Considerações Bioéticas.....	50
3.3 PERSCRUTAÇÃO.....	52
3.3.1 Etapa do prelúdio.....	52
3.3.2 Instrumentos e técnicas de coleta de dados da segunda fase da pesquisa.....	55
3.3.2.1 Questionário.....	55
3.3.2.2 Discussão em grupo – Prática Assistencial.....	56
3.4 ANÁLISE.....	58
4 RESULTADOS	61
4.1 MANUSCRITO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS ATENDIMENTOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUL DO BRASIL.....	63
4.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE.....	75
4.3 PRODUTO: FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE APS E UPA.....	96
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 1... 113	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2...	117
APÊNDICE C – Questionário aplicado com os profissionais	121
ANEXO A – Parecer do CEP/UFSC	127

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil está organizado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Os Centros de Saúde (CS) e Unidades de Saúde da Família são responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS), que engloba a promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Os serviços de emergência, hospitais gerais e ambulatórios especializados têm a finalidade de proporcionar tratamento precoce e minimizar agravos à saúde, sendo classificados como atenção secundária ou de média complexidade. Na esfera da atenção terciária ou alta complexidade, encontram-se as ações de maior complexidade e de reabilitação, prestadas por hospitais especializados (OLIVEIRA et al., 2013b).

Embora, esses níveis de atenção tenham sido idealizados e organizados para funcionar como uma rede interligada, levando em consideração a gravidade do usuário, observa-se uma grande dificuldade de estruturar os serviços de saúde e os fluxogramas de atendimento. Nessa realidade, os serviços de emergência e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que deveriam atender prioritariamente, segundo esta ideia de rede interligada, as situações agudas e os casos mais graves, acabam recebendo uma elevada demanda de usuários que utilizam este serviço como primeira opção de escolha para resolver suas situações de doença (MENDES, 2013; OLIVEIRA et al., 2013b).

As dificuldades que envolvem o acesso aos serviços de atendimento, a tecnologia e ao apoio diagnóstico impacta o atendimento de emergência, que passa a ser uma forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas. A procura aos serviços de emergência é vista como forma de realizar consulta médica, exames com resultado e avaliação no mesmo dia (DINIZ et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013b).

Nesse contexto, as unidades que prestam serviços de emergência acabam atendendo além de sua capacidade, o que representa um problema grave e relevante do sistema de saúde. O agravamento progressivo desse quadro amplifica as discussões sobre os fatores relacionados com a situação caótica do atendimento de emergência (MORAIS; MELLEIRO, 2013).

A superlotação nos serviços de emergência é um fenômeno mundial, desencadeando um tempo de espera elevado para o atendimento médico; ocupação máxima da capacidade do serviço e dos leitos existentes nele, causando, conseqüentemente, uma alta tensão na equipe assistencial e uma pressão constante para novos e rápidos atendimentos

(DINIZ et al., 2014; NILSEN; HUNSKAAR; RUTHS, 2017; PRUDÊNCIO et al., 2016; THIJSSSEN et al., 2016; TIEL et al., 2015).

Esta superlotação tem preocupado cada vez mais usuários, profissionais e gestores dos serviços e nos últimos anos, algumas medidas foram adotadas para tentar minimizar esta situação. Entre estas medidas está a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), ambas com o objetivo de operacionalizar os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de agir e cuidar (BRASIL, 2006).

A PNAU com o objetivo de estruturar e organizar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) instituiu redes loco-regionais de atenção integral às urgências, com componentes Pré-Hospitalares Fixos composto pelos CSs e Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências (BRASIL, 2006).

Neste contexto as UPAs surgem como parte da rede local de atendimento Pré-Hospitalar Fixo, denominadas unidades não-hospitalares de atendimento as urgências de complexidade intermediária, com funcionamento ininterrupto e competência para acolher e prestar assistência aos usuários com quadro clínico agudo de qualquer natureza (OLIVEIRA et al., 2017).

Para o Ministério da Saúde (2006) os locais de atendimento Pré-Hospitalar Fixo são aqueles que prestam assistência aos usuários portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, prestando um atendimento e/ou transportando adequadamente a um serviço de saúde hierarquizado (BRASIL, 2006).

Completando este modelo, a PNH, traz para os serviços públicos de emergência a implantação de estratégias de acesso e acolhimento, as quais podem ser reconhecidas como tentativas de construção de práticas integrais que requerem o uso de critérios de avaliação de risco, de forma a sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado. Podendo ainda, aperfeiçoar o atendimento às urgências e emergências, diminuir a sobrecarga ocupacional da equipe de saúde e fortalecer o vínculo usuário-trabalhador, além de possibilitar a reorganização da rede, referenciando e contrarreferenciando o usuário, conforme a necessidade, aos demais níveis de atenção (OLIVEIRA et al., 2017).

O Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR) é uma estratégia proposta pela PNH, criada com vistas a ampliar o acesso e reduzir as filas e o tempo de espera para o atendimento (BRASIL, 2015).

Apesar do AACR ser reconhecido como um valioso dispositivo na priorização de casos considerados graves, ainda precisa de uma maior divulgação e de aceitação pela sociedade, porque quando os usuários são classificados como de menor prioridade para o atendimento relatam insegurança e insatisfação (OLIVEIRA et al., 2017).

Apesar destas medidas, a superlotação continua sendo um entrave e exerce uma pressão promovendo uma assistência fragmentada, caracterizada, em sua maioria, por ações específicas e imediatistas, muitas vezes, desarticuladas do cuidado integral em saúde. Essas práticas, além de aumentarem os gastos, acarretam a descontinuidade da assistência e agravam as situações de doença, principalmente aquelas crônicas que poderiam ser acompanhadas na APS, mas se somam as filas dos serviços de emergência (PRUDÊNCIO et al., 2016; RONCALLI et al., 2017).

O não estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários, as falhas existentes nas relações interpessoais podem ser interpretadas como não valorização dos preceitos da humanização da assistência. Assim, reforça-se a ideia de que é preciso discutir a melhor forma de estabelecer um fluxo de atendimento resolutivo, mantendo o foco nas necessidades do usuário e levando em consideração o perfil do atendimento da unidade e a realidade gerencial de cada instituição (OLIVEIRA et al., 2017).

Sistemas de saúde estruturados em diferentes níveis de atenção, como é o caso do Brasil, recebem críticas no sentido de serem incapazes de se articularem, resultando em um cuidado fragmentado, principalmente para o enfrentamento das condições agudas ou agudizações das condições crônicas (PEREIRA; MACHADO, 2016).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como alternativa para superar essa realidade, ou seja, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitem responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (BRASIL, 2010).

Busca-se com a RAS efetivar valores como a integralidade, e para tal há necessidade de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar o fluxo entre as diversas esferas que compõe a RAS (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Um componente para o bom funcionamento da RAS é o “sistema logístico”, que baseado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Em minha experiência, atuando em uma UPA porte III, desde 2008, observo que o usuário procura esta unidade na certeza de atendimento médico e de enfermagem resolutivo, mesmo que este atendimento ocorra com demora. Este usuário tem dificuldade de reconhecer e diferenciar a finalidade do CS e da UPA e, diante de um agravo de saúde, não sabe a que unidade procurar. A insegurança do usuário, as limitações de alguns CSs, dentre outras razões, acabam por levar às UPAs uma parcela de usuários que poderiam ser atendidos na APS.

Alia-se a essa dificuldade, a inexistência ou a inadequação da prática de referência e contrarreferência na rede de serviço. A existência de comunicação eficaz entre os diversos pontos de atenção da rede de saúde se constitui uma condição primordial para a efetivação de todos os princípios do SUS. No sistema municipal de saúde o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência entre as APS, principalmente os CSs e as UPAs, justificam-se para a orientação e circulação dos usuários na RAS, bem como, para a qualificação destes serviços tão importantes na efetivação da rede.

Porém, atualmente, observamos das unidades vinculadas a este estudo, o fluxo de referência e contrarreferência acontece através de encaminhamentos informais, de ações isoladas, sem padronização.

São comuns encaminhamentos apenas através de orientações verbais, sem registro no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) do usuário, ocorrendo situações em que este é orientado por um profissional sem formação na área da saúde ou sem a realização escuta qualificada ou sem contato prévio entre os profissionais dos diferentes níveis, causando desencontros de informações e deslocamentos equivocados.

A fragilidade do sistema de referência e contrarreferência na rede de serviços justifica que pesquisas e propostas de fluxo sejam realizadas, na perspectiva que os resultados apontem para a qualificação do sistema.

Vivenciando essa realidade questiona-se “Como é possível sistematizar a referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis?”

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento para o município de Florianópolis.

1.1.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar os usuários adultos atendidos na Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha (UPA-Sul) para atendimentos pela especialidade de clínica médica;
- ✓ Levantar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis na efetivação da referência e contrarreferência entre APS e UPAs;
- ✓ Desenvolver um processo reflexivo com os enfermeiros sobre a importância da utilização de um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura foi organizada de forma narrativa, a partir da consulta nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Base de dados de Enfermagem (BDEnf), Coleção Nacional das Fontes de Informação do Sistema Único de Saúde (ColecionaSUS) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), tendo como parâmetros de busca os seguintes descritores (Decs): centros de saúde; atenção primária à saúde; cuidado primário; sistema único de saúde; rede assistencial do município; atenção secundária à saúde; unidade de pronto atendimento; cuidado secundário; referência; contrarreferência; integralidade, encaminhamento e fluxograma. Todos os descritores também foram pesquisados com os termos sinônimos e similares, tanto no singular como no plural. Além dos descritores foi utilizado como filtro: formato de artigo; texto completo e disponível; idiomas português, inglês e espanhol; e com ano de publicação no período de 2013-2017.

Além destes, foram utilizados portarias ministeriais e textos de referências, relacionados aos assuntos abordados.

Neste capítulo resgatam-se estudos e publicações classificadas como importantes para o desenvolvimento desta pesquisa, fundamentais para guiar o pesquisador na elaboração do projeto e para embasar a discussão dos resultados.

Revisaremos os temas SUS, RAS, políticas públicas de saúde, programas ministeriais relacionados, APS, UPA, AACR, referência e contrarreferência, fluxograma. Os temas estão relacionados aos descritores pesquisados, trazendo a história e atualidade, opinião de expertises, conceitos, pesquisas e resultados encontrados por outros pesquisadores da área.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS tem sua origem numa intensa mobilização popular em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que gerou o debate sobre a Constituinte e culminou na Constituição Federal de 1988. Nesta constituição vinculou-se a situação de saúde, as políticas econômicas e sociais, definindo os princípios do sistema, que depois seriam plasmados nas Leis 8.080 e 8.142, de 1990 (LIMA et al., 2015; O'DWYER et al., 2013; QUEVEDO et al., 2016).

Em 1988, com a criação do SUS, um grande passo foi dado em favor do direito universal, integral e equânime à saúde, tornando, um dever do Estado, a prestação de assistência gratuita e que não se reduz à ausência de doença, mas à promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida (BAIÃO et al., 2014; MOURA et al., 2015; O'DWYER et al., 2013; QUEVEDO et al., 2016).

O Ministério da Saúde (2002) traz um conceito positivo para a saúde, em que esta deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver, englobando recursos sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas. Neste sentido, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, é uma concepção vitoriosa que tem exigido o compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários deste sistema (AUSTREGÉSILO et al., 2015; BAIÃO et al., 2014; MENDES, 2011; O'DWYER et al., 2013; QUEVEDO et al., 2016; RAIMUNDI et al., 2016).

Desde sua institucionalização, vem editando normas e diretrizes com a finalidade de sistematizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes, definindo a referência e contrarreferência e as portas de entrada, com intuito de regular o acesso e organizar os serviços assistenciais por meio de uma rede integrada de saúde (AUSTREGÉSILO et al., 2015; BAIÃO et al., 2014; MENDES, 2011; QUEVEDO et al., 2016; RAIMUNDI et al., 2016).

As políticas públicas de saúde, cada vez mais, propõem que se invista no diálogo, na conscientização e na construção coletiva para que os princípios e diretrizes do SUS sejam operacionalizados, sob a ótica da saúde como um bem comum, inalienável e coletivo (LIMA et al., 2015; O'DWYER et al., 2013; QUEVEDO et al., 2016; RANDOWN et al., 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2017a), os princípios do SUS são universalidade, equidade, integralidade. As diretrizes do SUS englobam regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede, participação da comunidade (BRASIL, 2017a).

Um dos grandes desafios do SUS são as redes integrais, pois a situações de atenção à saúde não podem ser respondidas, adequadamente, por um sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das

agudizações das condições crônicas (AUSTREGÉSILO et al., 2015; BAIÃO et al., 2014; MENDES, 2011; O'DWYER et al., 2013).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As RASs surgem para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, elas devem ser articuladas pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas (MENDES, 2011).

A população, no contexto da RAS é o primeiro elemento e sua razão de ser, por quem se responsabiliza no âmbito sanitário e econômico (MENDES, 2010). Neste estudo ele é considerado um sinônimo de usuário.

A proposta brasileira de redes tem como sua principal inspiração o Relatório Dawson, de 1920. O referido relatório estabelecia que os serviços médicos deveriam ser ordenados em redes, com centros de saúde primários, secundários e hospitais de ensino e a abrangência regional de acesso a eles (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Alguns desses conceitos do Relatório de Dawson foram incorporados na política brasileira, tais como: critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial; a eficiência de escala; a coordenação das referências de acesso entre os níveis de atenção (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Neste modelo de sistema integrado as redes hierarquizadas e regionalizadas perderam espaço para outra perspectiva, em que a hierarquia entre os pontos da RAS é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal. Assim, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde e sim, pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das RASs, diferenciando-se apenas pelas diferentes densidades tecnológicas (AUSTREGÉSILO et al., 2015; MENDES, 2011).

“Os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida” (MENDES, 2011, p.60).

Sendo assim, os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, separada por nível de atenção, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de forma a otimizar os serviços de saúde. Em

geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem tendem a ser concentrados. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRAGA et al., 2013; ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2011).

Estes níveis de atenção, no sistema público brasileiro de atenção à saúde são compostos pela APS, atenção de média e de alta complexidade. Esta divisão acaba trazendo conflitos teóricos e operacionais, pois se fundamenta num conceito de complexidade que leva o usuário a entender a APS como um serviço de mais baixa qualificação. Esse conceito distorcido de complexidade pode levar a uma banalização da APS e a uma sobrevalorização dos pontos em que há densidade tecnológica e que são encontradas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2011).

A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção, ou seja, a proposta da RAS reafirma e aprimora os princípios e diretrizes do SUS além de definir com clareza seu modelo operativo (ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2011).

Na integração horizontal ocorre uma fusão entre unidades produtivas de mesmo nível de atenção, com o objetivo de aumentar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos para a maior eficiência e competitividade. Por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando o número de leitos e diminuindo custos, pois ao unificar as duas unidades de saúde reduzem-se alguns serviços administrativos como a parte administrativa, a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia. Neste sentido, também pode ser observado a aliança estratégica quando, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles (MENDES, 2010).

Na integração vertical ocorre uma fusão entre unidades produtivas de diferente nível de atenção para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. A integração vertical, nas RASs se faz através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, baseada numa

comunicação real entre as diferentes unidades produtivas dessa rede. Isso significa colocar sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes (MENDES, 2010).

Outro passo para alcançar a RAS efetiva é que o acesso do usuário a qualquer nível de atenção deve acontecer no momento adequado, dando direito aos serviços/tecnologias de reconhecida efetividade, gerando uma alteração positiva nas condições de saúde do usuário. Características estas, que estão sendo perdidas por problemas de acesso, não respondendo às necessidades de saúde de um usuário (ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2010).

A APS deve ser, para o SUS, a porta preferencial de entrada do usuário ao sistema, local em que as pessoas são acolhidas, são ordenadas e direcionadas para os serviços especializados, conforme a necessidade. Mas, não se trata de um fluxo de mão única. Se a APS faz a referência aos fluxos de níveis de atenção especializada do SUS, estes, por sua vez, devem contrarreferenciar e/ou encaminhar os fluxos como um retorno para a APS. A circulação do usuário no sistema deve ser orientada pela referência e contrarreferência (BARATIERI et al., 2017; MOURA et al., 2015; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Porém, na atualidade o SUS enfrenta graves problemas de estruturação, as quais comprometem os princípios e diretrizes do próprio sistema. Percebe-se um sistema bastante fragmentado que se organiza através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Não há a necessária comunicação entre os diversos níveis de atenção, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2010).

Entretanto, o modelo de atenção à saúde vem sendo continuamente ajustado para o atendimento integral ao usuário, com inclusão e ampliação de serviços. Para seu desenvolvimento, busca-se horizontalidade nas relações entre pontos de atenção, que se encontram articulados, tanto para a recuperação da saúde quanto em medidas preventivas e de promoção (ERDMANN et al., 2013).

Mesmo assim, continua-se com o grande desafio de construir este sistema integrado, que respeita a autonomia de gestão de cada município, que consiga articular suas práticas em âmbito regional e garanta uma atenção de qualidade e com boas práticas em saúde, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidas não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico de

cooperação. O projeto da constituição das RAS é fortemente dependente da formação dos profissionais e dos processos de educação permanente (BARATIERI et al., 2017; PEREIRA; MACHADO, 2016).

A construção do sistema em rede tem vantagens significativas que podem ser analisadas a partir do modelo canadense, citado por Hartz e Contandriopoulos (2004). A atenção à saúde em rede, evita exames desnecessários, possibilita a continuidade do cuidado sem que o usuário necessite repetir sua história a cada consulta. Seu funcionamento depende de fatores como: acesso fácil e oportuno aos diversos exames e profissionais; adequação de tempo das consultas do primeiro nível de atenção, com acesso 24 horas a um serviço ligado a APS; dispor de informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas; apoio domiciliar e treinamento em autocuidado para que o usuário maximize a autonomia (HARTZ; CONTANDRIOPOULO, 2004).

A implantação das RASs promove mudanças no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas (BRAGA et al., 2013; MENDES, 2011).

Os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, de forma mais equilibrada (MENDES, 2011; MOURA et al., 2015).

A busca do usuário por um atendimento aos eventos agudos ou crônicos agudizados, atualmente, envolve, no contexto das RASs, vários pontos de atenção à saúde, quer seja de baixa, média ou alta complexidade. Nesse sentido, esse usuário procura pelo serviço de saúde que julga oferecer o cuidado mais adequado e oportuno à sua necessidade e que pode independe da sua classificação de urgência ou emergência (BARATIERI et al., 2017; BRAGA et al., 2013).

Visando esse atendimento integrado e com vários pontos de acesso, na última década, o Ministério da Saúde implantou a PNAU. Essa política deu atenção especial à assistência pré-hospitalar e enfatizou a compreensão de que a atenção às urgências não está restrita ao hospital. Para isso, retomou a proposta de constituição de redes locais de atenção às urgências com um componente pré-hospitalar fixo. Neste período, foi criado o SAMU e a UPA, atuando junto a APS como mais um porta de entrada e acesso as RASs (BARATIERI et al., 2017; KONDER; O'DWYER, 2016).

Concomitante ao programa, o Ministério da Saúde propôs em 2012 a criação de uma RUE, com o objetivo de organizar, coordenar e integrar os serviços de emergência, a fim de expandir e aprimorar o acesso humanizado. Para tanto, são propostas as seguintes ações: cuidados preventivos, promoção da saúde e cuidados primários; instalação de salas de observação clínica e estabilização, onde há lacunas de cuidados; a criação de um grupo de trabalho nacional de saúde para prestar apoio em situações de risco e desastres envolvendo múltiplas vítimas; expansão regionalizada do SAMU e da UPA; investimento e melhoria de departamentos de emergência hospitalar; incentivos para salas de retaguarda e unidades de terapia intensiva (O'DWYER et al., 2013).

A RUE, sob a lógica das RASs, preconiza que o serviço de urgência e emergência preste atenção adequada e ininterrupta aos usuários em quadros agudos ou crônico-agudizadas, sejam eles de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, com potencial para gerar sofrimento, sequelas ou morte (BARATIERI et al., 2017; BRAGA et al., 2013; BRASIL, 2006).

É nesse contexto da RUE, que se discute o AACR dos usuários, a diferenciação da demanda, o processo de trabalho das equipes de saúde, o cuidado e as condutas frente às necessidades e queixas, cabendo à APS ser o ponto de atenção à saúde norteador do fluxo do usuário nessa rede (BARATIERI et al., 2017).

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito usual para a APS surgiu como decorrência do pacto mundial realizado em 1978, na cidade de Alma-Ata (República de Cazaquistão), na antiga União Soviética (URSS), onde diversos países participaram da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde e afirmaram compromissos com a meta de "saúde para todos no ano 2000", constituindo assim a Declaração de Alma-Ata (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A APS é o nível de complexidade que se encontra mais próximo dos usuários e tem suas ações desenvolvidas dos CSs (MENDES, 2011; PEREIRA; MACHADO, 2016; SAMPSON et al., 2015).

A APS é a principal porta de entrada do SUS, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e

condicionantes de saúde das coletividades (MORETTI; FEDOSSE, 2016; PIRES et al., 2013; ZANON; ZANIN; FLÓRIO, 2016).

No Brasil, desde os anos 1920, assistimos a várias tentativas de se organizar a APS. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Contudo, o marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Desde sua criação, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB foi considerada como marco histórico para a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da APS, revogando dezenas de Portarias existentes até então (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Cada ESF é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada ESF era responsável por até 4.500 pessoas e, atualmente, esse número diminuiu para 3.000 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços da APS foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A APS tem sido reconhecida como prioridade entre seus eixos estruturantes. Em meio a esse reconhecimento, destacam-se desafios ligados ao acesso e acolhimento, à resolutividade das suas ações, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gerir e coordenar o cuidado, e com isso ter legitimidade social. Objetiva resolver 80 a 85% dos casos atendidos, ao oferecer atenção à saúde no decorrer do tempo propondo melhorias por meio da coordenação do cuidado, inclusive para a urgência e emergência, conforme propõe a RUE (BARATIERI et al., 2017; BRAGA et al., 2013).

De modo geral, para que a APS seja resolutiva, algumas condições devem ser preenchidas, como o adequado perfil profissional dos integrantes das equipes; a existência de uma rede integrada de serviços

adequada mediante um sistema de referência e contrarreferência; criação de ambiente e condições de trabalho adequado para o atendimento, prestação de cuidados e desenvolvimento de ações promocionais de saúde interativas com a comunidade que levem à sua sensibilização e participação e; remuneração compatível (BRAGA et al., 2013).

Outro atributo da APS é a longitudinalidade, que se resume em assumir a responsabilidade pelo usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença. O acolhimento é fundamental para o fortalecimento deste vínculo, permitindo a continuidade da relação ao longo do tempo, em que os profissionais passam a conhecer os usuários e os usuários a conhecer os profissionais, permitindo uma relação humanizada e atenção mais integral, o que proporciona maior satisfação dos usuários (JUNIOR; PINTO, 2014).

Nesta perspectiva, a ESF, é o espaço no qual o processo de trabalho das equipes dos CSs passam por reorientação, ampliando a resolubilidade e o impacto na situação de saúde dos usuários e das coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade e as relações profissional usuário se fortalecem (BAIÃO et al., 2014).

Na APS o enfermeiro e a equipe de enfermagem atividades assistenciais, gerenciais, participação no processo de territorialização e cadastramento de famílias, realizar ações de cuidado à comunidade e à população adscrita, participar do acolhimento, realizar busca ativa de casos, notificação e investigação de casos, realizar reuniões, participar do gerenciamento de insumos e materiais, realizar ações educativas, dentre outros, além de outros envolvendo múltiplos graus de responsabilidade e complexidade segundo a relação e o tipo de função exercida (MORENO et al., 2015).

Destaca-se também o papel dos ACSs no cuidado ao usuário, pois esse profissional é essencial no elo entre a ESF e os usuários, contribuindo na articulação das informações. Estes podem, através da educação em saúde, contribuir para a adequada utilização do sistema (MORENO et al., 2015; RISSARDO et al., 2016).

No cenário mundial, constata-se que alguns países têm iniciado ações para aproximar os usuários e a APS, com consequente redução das visitas desnecessárias aos serviços de emergência, das internações hospitalares agudas e da duração das internações hospitalares (FUNG et al., 2015; NILSEN; HUNSKAAR; RUTHS, 2017; PRUDÊNCIO et al., 2016; THIJSSSEN et al., 2016; TIEL et al., 2015; XU et al., 2013).

Na Noruega, por exemplo, foi realizada uma reforma no sistema de saúde em 2012, dando maior responsabilidade aos municípios pelo

tratamento e mantendo a qualidade do atendimento (NILSEN; HUNSKAAR; RUTHS, 2017).

Na Holanda foram investidos recursos na “*Primary Care Physician*”, serviço comparável a APS brasileira. Neste contexto, os cuidados de saúde primários são desenvolvidos e acessíveis para usuários durante 24 horas por dia e o usuário é avaliado no mesmo dia em que procura o serviço. Atualmente, estão trabalhando na implementação de “*Emergency Care Access Point’s*”, ou seja, pontos de acesso ao cuidado de emergência um lugar onde os “*Emergency Departments*” (serviços de emergência) e os serviços de “*Primary Care Physician*” trabalham juntos, criando um espaço no qual a triagem decide qual profissional atenderá o usuário e em que unidade. O objetivo principal é redirecionar as queixas não urgentes para as unidades de cuidados primários, sendo uma espécie de “porteiro” para visitas aos serviços de emergência, prática esta que já mostra resultado (THIJSEN et al., 2016).

A existência de demanda reprimida, a restrição de acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência e a não implementação de linhas de cuidado apresentam-se como limitações de um serviço em rede, comprometendo o seu funcionamento. Apontam também que uma APS resolutive traz consequências positivas para toda a rede, já que diminui a demanda nos demais níveis de atenção (ERDMANN et al., 2013; ZANON; ZANIN; FLÓRIO, 2016).

Conforme comentado anteriormente, dentro da RAS, em um cenário adequado, os pontos da rede são organizados para que a APS assuma o papel de reorganizar o sistema em uma rede integrada, deixando para a UPA e para as emergências hospitalares a missão de atender a complexidade adequada de casos urgentes e de emergência, dando prioridade aos cuidados por meio da aceitação através da classificação de risco, com base na identificação de usuários que precisam de tratamento imediato, de acordo com os potenciais riscos e complicações para a saúde (ZANON; ZANIN; FLÓRIO, 2016).

2.4 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

No contexto da RUE destaca-se a UPA como um ponto primordial de atenção e porta de entrada/acesso ao SUS, com grau de complexidade intermediário entre unidade da APS e a rede hospitalar (BARATIERI et al., 2017).

Estas unidades constituem o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar devendo funcionar nas 24 horas do dia, os sete

dias da semana e como unidades de estrutura intermediariam de retaguarda de atendimento para os casos de média e baixa complexidade (BARATIERI et al., 2017; BRASIL, 2017b; KONDER; O'DWYER, 2015; PIRES et al., 2013).

A UPA, para a RUE, deve ser instalada de forma estratégica, associada a coexistência de um SAMU e também com a obrigatoriedade de expandir a cobertura da APS (BRASIL, 2017b; KONDER; O'DWYER, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (2017), as unidades não hospitalares de atendimento nas urgências e emergências têm entre suas principais missões no atendimento aos usuários do SUS:

- Acolher os usuários e seus familiares em situação de urgência e emergência, sempre que buscarem atendimento na UPA;
- Articular-se com a APS, o SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os usuários e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir a conduta necessária para cada caso, bem como garantir o referenciamento dos usuários que necessitem de atendimento;
- Funcionar como local de estabilização de usuários atendidos pelo SAMU;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento nos casos de menor gravidade;
- Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA;
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e
- Manter usuários em observação, por até 24 horas, para elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.

As UPAs são classificadas em portes de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. Determinando, conseqüentemente, o valor do repasse financeiro realizado pelo Ministério da Saúde para a manutenção e investimentos (BRASIL, 2017b; KONDER; O'DWYER, 2015).

Quadro 2 – Classificação das UPAs, conforme o porte.

PORTE	Nº de profissionais médicos/24h para o funcionamento da Unidade	Nº de atendimentos médicos /mês	Nº de atendimentos classificação de risco / mês
I	2 (1 diurno e 1 noturno)	2250	2250
II	3 (2 diurnos e 1 noturno)	3375	3375
III	4 (2 diurnos e 2 noturnos)	4500	4500
IV	5 (3 diurnos e 2 noturnos)	5625	5625
V	6 (3 diurnos e 3 noturnos)	6750	6750
VI	7 (4 diurnos e 3 noturnos)	7875	7875
VII	8 (4 diurnos e 4 noturnos)	9000	9000
VIII	9 (5 diurnos e 4 noturnos)	10125	10125

Fonte: (BRASIL, 2017b)

Embora a UPA tenha como competência ser retaguarda para a APS, no cotidiano isso nem sempre acontece, essa função de apoio só é claramente reconhecida em relação aos horários em que a APS está fechada. A competência de funcionar como apoio para exames complementares ou para leitos de observação não ocorre de maneira formalizada (KONDER; O'DWYER, 2016; RISSARDO et al., 2016).

Esse aspecto requer um enfrentamento complexo, pois dividida entre o atendimento de demandas programadas e a demanda espontânea, a APS, justificadamente, não consegue se responsabilizar pelo atendimento às urgências e emergências da população (KONDER; O'DWYER, 2015).

Também outros fatores influenciam a busca pelas UPAs em detrimento da utilização dos recursos existentes na APS. Em recente pesquisa realizada no Paraná, os participantes citaram a disponibilidade do profissional médico em todo o período de funcionamento do serviço como uma qualidade destas unidades. Fato justificado por uma realidade muito comum nos serviços de saúde, baseado no modelo biomédico, voltado para ações curativistas e expressa tal fato aos usuários que mantêm o sinônimo de bom atendimento apenas se tiver suas necessidades atendidas pelo médico (RISSARDO et al., 2016).

Com o objetivo de minimizar as consequências advindas pela procura equivocada do serviço de urgência e emergência, em 2004 o Ministério da Saúde implantou o AACR em todas as portas que atendem urgência e emergência, para priorizar os atendimentos mais graves, deixando de usar o modelo anterior que era por ordem de chegada (BRASIL, 2010; RISSARDO et al., 2016).

2.5 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acesso aos serviços de saúde é entendido como a entrada do usuário no sistema e utilização dos serviços e, deve ser reconhecido em um sentido mais amplo, ao analisar as características da população, o comportamento das pessoas e a utilização dos recursos disponíveis (BARATIERI et al., 2017; BRASIL, 2010).

O acolhimento consiste no:

“processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário” (BRASIL, 2010, p. 52).

Para Baião et al (2014) o acolhimento compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. Baseia-se

na escuta qualificada de todos os usuários e na construção de vínculos entre os profissionais e a população, buscando uma postura capaz de acolher e estabelecer respostas mais adequadas aos usuários. O acolhimento também propõe reorganizar o serviço com o intuito de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, e descentralizar o atendimento, estendendo-o para toda a equipe multiprofissional (BAIÃO et al., 2014).

Apesar de tantas definições, todas apresentam conceitos semelhantes referindo o acolhimento como diretriz do processo de trabalho centrado no interesse do usuário, de forma a se tornar uma tecnologia para a reorganização dos serviços, priorizando a humanização do atendimento (BAIÃO et al., 2014; BRASIL, 2010).

A implantação do AACR para o atendimento por critério de gravidade e não mais por ordem de chegada aos serviços de emergência foi a estratégia para alcançar os princípios da PNH sendo implantado sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade. O AACR é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2010; OLIVEIRA et al., 2013).

O AACR deve ser realizado com todo o usuário que procura, de forma espontânea, as portas de entrada das unidades de saúde no momento definido pelo mesmo como de necessidade aguda ou de urgência, não se trata de fazer um diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (2009) em sua cartilha de orientação sobre AACR descreve como deve acontecer este processo e sobre a organização dos espaços, seus usos para a clareza no entendimento. A composição espacial é composta por eixos e áreas que evidenciam os níveis de risco dos usuários, e engloba dois eixos: o do usuário grave, com risco de morte, que chamaremos de eixo vermelho, e o do usuário aparentemente não grave, mas que necessita ou procura o atendimento de urgência, que é chamado de eixo azul. As características específicas de cada eixo são descritas a seguir:

- **EIXO VERMELHO** – Relacionado à clínica do usuário grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.
 - Área Vermelha: é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos usuários com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;

- Área amarela: composta por uma sala de retaguarda para usuários já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (usuários críticos ou semicríticos);
- Área Verde: composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.
- EIXO AZUL – É o eixo dos usuários aparentemente não graves. O arranjo do espaço deve favorecer o acolhimento do cidadão e a classificação do grau de risco esse eixo é composto por ao menos três planos de atendimento, sendo importante que tenha fluxos claros, informação e sinalização:
 - Plano 1: espaços para acolhimento, espera, recepção, classificação do risco e atendimento administrativo
 - Plano 2: área de atendimento médico, lugar onde os consultórios devem ser planejados de modo a possibilitar a presença do acompanhante e a individualidade do usuário.
 - Plano 3: áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização).

O AACR é dinâmico, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo. É muito importante que a organização do atendimento na urgência por meio do AACR seja divulgada com clareza para os usuários (BRASIL, 2009).

Nesse modelo, após o atendimento inicial o usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem, local onde ocorre a AACR, utilizando informações da escuta qualificada, do exame físico e da tomada de dados vitais. Se baseia no Protocolo de Classificação de Risco adotado pela instituição/unidade e classifica o risco do usuário em VERMELHO, AMARELO, VERDE e AZUL (Quadro 3). Podendo ter uma terminologia diferente, dependendo do protocolo seguido (BRASIL, 2009).

Quadro 3 – Características encontradas em cada nível de prioridade, conforme AACR e pela a cor adotada pelo protocolo institucional.

VERMELHO

Emergência.

Prioridade zero.

Risco de morte iminente.

Encaminhar diretamente para a sala de reanimação e avisar a equipe médica com acionamento de sinal sonoro.

Não perder tempo com classificação.

Será atendido imediatamente na sala de vermelha.

AMARELO

Urgência.

Prioridade 1.

Encaminhar para consulta médica.

Atendimento médico o mais rápido.

Pode agravar sem atendimento.

Devem aguardar, preferencialmente, o atendimento médico em sala de espera priorizada.

Será atendido com prioridade sobre os usuários classificados como verde, no consultório ou leito da sala de observação.

VERDE

Sem risco de morte imediato.

Prioridade 2.

Encaminhar para consulta médica.

Reavaliar periodicamente.

Somente será atendido após todos os usuários classificados como vermelho e amarelo.

AZUL

Sem risco de morte.

Prioridade três.

Quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social.

Atendimento de acordo com o horário de chegada.

Deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em unidade básica de saúde ou atendido pelo serviço social.

Se desejar poderá ser atendido após todos os usuários classificados como vermelho, amarelo e verde.

Fonte: (JÚNIOR et al., [s.d.]).

O desconhecimento pela população sobre o protocolo AACR nos serviços de emergência é uma realidade, assim os gestores e trabalhadores precisam desenvolver estratégias educativas para informar sobre o

assunto, como grupos, ‘*folders*’ informativos, reuniões comunitárias através do conselho de saúde, programas de rádio e outros veículos de informação (BAIÃO et al., 2014; SIGNOR et al., 2015).

A estruturação dos serviços de saúde é complexa e implica na organização conforme a necessidade e a demanda dos usuários de forma menos burocratizada e mais resolutiva (BAIÃO et al., 2014; SIGNOR et al., 2015).

2.6 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A integralidade faz conotação à política de saúde em sua complexidade, na qual o indivíduo é um ser indissociável com plenos direitos ao acesso à saúde, desde sua promoção até a reabilitação. A integralidade é uma condição a ser perseguida e aprimorada na atenção à saúde. Implica em acesso, ao direito de atenção no momento em que o usuário necessitar e no nível de atenção adequado, e na perspectiva do olhar profissional que considera o ser humano em sua multidimensionalidade. Para que ocorra, é necessário dentre muitos fatores, da integração de serviços por meio de RAS, uma vez que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução da totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (QUEVEDO et al., 2016).

Para essa integralidade, são necessários sistemas de acesso regulado à atenção à saúde, que são estruturas operacionais que organizam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Ou seja, tem o objetivo de organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança (MENDES, 2011).

Para tanto, deve contar com uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades (MENDES, 2011).

Sistemas organizados em diferentes níveis de atenção, como a RAS, necessitam de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar seus fluxos entre as diversas esferas que os compõem. Nas RASs, esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, denominado “sistema logístico”. Sabe-se que o sistema logístico, ancorado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos

e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção (MENDES, 2011).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento do usuário, de um nível de atenção de menor complexidade para outro de maior grau de complexidade. A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para outro de menor complexidade, ou seja, quando a continuidade do tratamento necessite de menos recursos tecnológicos e terapêuticos (PEREIRA; MACHADO, 2016).

O encaminhamento de um usuário da APS para outro nível de complexidade representa uma transição de cuidados, na qual o principal intercâmbio de informações é através da carta de referência, geralmente impressa e escrita (WÅHLBERG et al., 2013, 2015; XIANG et al., 2013).

Identifica-se, contudo, uma ineficiência no uso das cartas de referência e contrarreferência em relação a seu preenchimento no sentido de relatar informações importantes sobre as possíveis intervenções realizadas na APS e motivações que justificam seu encaminhamento. Os usuários e seus acompanhantes/cuidadores podem ter uma compreensão muito diferente do propósito do encaminhamento (ALLER et al., 2013; PEREIRA; MACHADO, 2016; WÅHLBERG et al., 2013, 2015; XIANG et al., 2013).

Os instrumentos para a referência e a contrarreferência têm sido ampliados com base nas necessidades atuais e na evolução tecnológica. Destaca-se a introdução de registros de saúde eletrônicos, que, de certa maneira, estão a eliminar alguns dos problemas estruturais com cartas de referência. Porém, deve-se aprimorar a qualidade da informação clínica em referências e processos de cuidados de saúde de alta qualidade, evitando custos desnecessários em uma realidade em que os recursos financeiros são cada vez mais limitados. O sistema de referência e contrarreferência auxilia no diagnóstico rápido naqueles com doença mais grave e para fornecer evidência de cuidados de alta qualidade com base de cada usuário (WÅHLBERG et al., 2015).

Também a troca de informações durante o processo de alta hospitalar e outros tipos de contrarreferência é fundamental para a continuidade da atenção ao usuário pela APS, pois possibilita que os profissionais conheçam as necessidades e complexidades que serão enfrentadas no cuidado ao usuário. Informações inadequadas ou atrasadas durante este processo pode resultar em profissionais de saúde despreparados, reinternações desnecessárias e até no prolongamento de internações hospitalares (LA ROCCA; HOHOLM, 2017).

Na Noruega para vencer este entrave e melhorar a eficiência e eficácia organizacional, bem como oferecer a oportunidade de melhorar

a assistência ao usuário, foram implantadas tecnologias de informação, com ferramentas de comunicação entre os níveis de complexidade. São trocas de mensagens entre as partes envolvidas durante todo o processo de hospitalização, que abordam a previsão de alta, informações de saúde e necessidade do usuário, descrevendo a doença, tratamento e condições (físicas e mentais), além de sugestões de acompanhamento. Através destas mensagens são decididos os tratamentos e acompanhamentos após a alta hospitalar do usuário (LA ROCCA; HOHOLM, 2017).

Na realidade brasileira a RAS observa-se a necessidade de melhorias organizacionais, assim como na mudança de atitude dos profissionais, especialmente médicos para que se estabeleça vínculos comunicacionais entre profissionais e entre esferas do cuidado, em particular, no que se refere ao uso do sistema de referência e contrarreferência, considerando a capacidade deste mecanismo para influenciar positivamente na continuidade do cuidado e integralidade da assistência (PEREIRA; MACHADO, 2016).

2.7 FLUXOGRAMA

Redes e fluxos supõem sentido e direção, logo pessoas e serviços se deslocam territorialmente, de forma organizada e regulada. Pode-se dizer que não existem redes sem fluxos, embora possa haver fluxos sem redes. No contexto do SUS, por exemplo, podem ser identificados fluxos entre serviços sem necessariamente constituir RAS, pois se apresentam como fluxos desordenados, mal arranjados e fragmentados. A formação de RAS supõe certo ordenamento desses fluxos, o que não é possível senão através da integração dos serviços e seus territórios (FARIA, 2014).

Os fluxos, ainda que desordenados, se apresentam como deslocamentos entre locais, mesmo os fluxos virtuais. No caso da saúde, os fluxos que se estabelecem entre serviços; são fluxos de usuários, informações e equipamentos. É necessário compreender que o encaminhamento do usuário do SUS para atendimento em outro nível de atenção (ou complexidade) da mesma estrutura depende de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes níveis de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Um bom sistema de referência e contrarreferência coloca a necessidade de definição organizada de fluxos. Segundo Mendes, a organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência e de emergência com a definição de prioridades é um potente reformulador de modelos de

gestão. Para o autor, a realidade dos serviços de saúde exige um desenho dos fluxos de encaminhamento que se inicia no AACR, atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos (MENDES, 2011). Em parte, essa proposta é contemplada pelo Ministério da Saúde na definição do AACR pelo estabelecimento de tempos previstos para atendimento, de acordo com a gravidade de cada caso. Também são propostos mecanismos de avaliação sendo que os serviços devem trabalhar esses aspectos com base na realidade (BRASIL, 2009).

A organização da RUE faz-se seguindo os seguintes critérios: utilização de protocolo único de AACR; fluxos de encaminhamento após a AACR, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede; pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-AACR entre todos os atores dos serviços, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte do usuário, se necessário, até o destino pactuado; compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados; e informatização dos processos (MENDES, 2011).

A integralidade da atenção à saúde deve estar inserida no cotidiano do serviço público, independente de em qual nível de atenção este se insere. Ofertar a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada, para concretizar o sentido da atenção integral no SUS (AUSTREGÉSILO et al., 2015).

Reflexões e processos avaliativos quanto à concretização do direito à saúde, acesso e integralidade estão pautados em níveis com diferentes complexidades na capacidade do sistema de responder às necessidades em saúde das populações nos diferentes tempos e espaços (QUEVEDO et al., 2016).

O mapeamento da rede de serviços de saúde, por gestores e profissionais da saúde, constitui o primeiro passo para o estabelecimento de referência para população, seguida pela definição de critérios de fluxos e contrafluxos de atendimento (ERDMANN et al., 2013).

3 MÉTODO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com enfoque na gestão do cuidado. A PCA se diferencia de outros tipos de pesquisa por propor o desenvolvimento de conhecimento técnico/tecnológico para minimização de problemas, introdução de inovações e mudanças na prática assistencial e, por outro lado, de requerer a imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Trentini, Paim e Silva (2014) comparam o conceito da PCA como uma hélice que faz a junção das ações da assistência com a pesquisa no mesmo espaço físico e temporal. Sendo o método de escolha quando se busca a atualização das ações de cuidado executadas no contexto de trabalho, a partir do envolvimento dos trabalhadores, originando outras possibilidades de pensar e fazer o cuidado de Enfermagem. Assim, forma intencionalmente ligação entre teoria e prática, na qual os trabalhadores representam elementos essenciais para a reflexão do ambiente e das demandas existentes, elencando alternativas, pois são agentes potencializadores de mudanças.

A PCA é regida por conceitos relacionados a esta “convergência” entre prática assistencial e investigação científica, como *dialogicidade*, *expansibilidade*, *imersibilidade* e *simultaneidade* (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A **dialogicidade** traz o diálogo como parte integrante do ser e é um modo de chegar ao conhecimento pela troca de ideias, passando a ser considerada como uma prática com potencial de gerar mudanças (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A dialogicidade no presente estudo ocorreu em todos os momentos da proposta, em especial nas reuniões (grupos de convivência) com a comissão de enfermeiros e na reunião com os gestores.

A **expansibilidade** significa que o objetivo do pesquisador se amplia durante o processo do diálogo entre a prática assistencial e a investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A expansibilidade foi uma constante durante todo o processo, pois diversos temas surgiram no desenvolver da pesquisa em especial nos grupos de convivência fazendo retornar em muitos momentos vezes aos objetivos iniciais da pesquisa.

A **imersibilidade** corresponde à necessidade de inclusão do pesquisador na assistência durante o processo investigativo com o objetivo de construir mudanças na prática assistencial. Assim, o pesquisador ao realizar a imersão, comporta-se como um dos agentes da prática assistencial e, ao mesmo tempo, continua com sua atividade de

pesquisador (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). A imersibilidade ocorreu durante todas as etapas da pesquisa, principalmente porque a pesquisadora continuou suas atividades laborais na instituição onde a pesquisa estava sendo realizada.

Por último, a **simultaneidade** é tratada por Trentini, Paim e Silva (2014) como o maior desafio desta metodologia, na qual o pesquisador deve praticar a assistência enquanto desenvolve a investigação. Ambas dialogam em suas informações, guardando suas qualidades em integridade. Durante todo o processo de pesquisar o pesquisador continuou a desenvolver as atividades profissionais habituais no local em que trabalha e nos espaços de discussão da gestão, enfrentando o desafio de não deixar que as opiniões pessoais e de censo comum da prática do cotidiano influenciassem os dados da pesquisa de tal forma a não perceber o fenômeno estudado. A busca na literatura manteve o processo investigativo com o rigor científico.

O presente estudo atendeu as etapas da PCA que envolve quatro fases, segundo Trentini, Paim e Silva (2014): concepção, instrumentalização, perscrutação e análise, que serão descritas a seguir.

3.1 CONCEPÇÃO

A etapa de **concepção** contemplou a seleção da temática do estudo, a qual norteou o pesquisador à ação, para o alcance dos objetivos traçados pela pesquisa, a partir da questão norteadora (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Realizada durante a construção do projeto de pesquisa, quando foram definidas a questão norteadora, as justificativas da pesquisa, os objetivos e a escolha de onde, quando e com quem iria ser desenvolvida. Além da apropriação do suporte teórico e metodológico.

3.2 INSTRUMENTALIZAÇÃO:

A etapa de **instrumentalização** buscou refinar a escolha do espaço da pesquisa e dos participantes elencados na fase anterior. Pode ser conceituada como aprofundamento de questões acerca do espaço físico da pesquisa, público alvo, questões éticas e técnicas para obtenção das informações. Além disso, contemplou o cuidadoso registro dos dados, à medida que estes foram sendo coletados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.2.1 Espaço físico da pesquisa

A pesquisa foi realizada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF).

Este município no que tange aos serviços públicos de saúde, conta com duas UPA situadas em bairros distantes do centro, 51 CSs distribuídos em quatro regionais, quatro Centros de Atenção Psico-Sociais (CAPS); três Policlínicas, quatro hospitais gerais, um hospital pediátrico, uma maternidade, quatro bases do SAMU, do tipo “básica” e, duas bases do SAMU, do tipo “avançada”. Entre os hospitais três na região central da cidade, sendo que um é referência em neurocirurgia e ortopedia/traumatologia, um em doenças infectocontagiosas, um hospital na região continental que é referência em cirurgia geral e, um universitário localizado em bairro próximo ao centro. Além destes, existem outros estabelecimentos de saúde que são privados e não são referência em serviço de urgência e emergência.

Para fins administrativos e institucionais, as unidades de administração municipal agrupam as unidades de saúde em distritos sanitários, conforme localização geográfica e por proximidade, denominadas Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Continente.

A UPA-Sul local de atuação da pesquisadora principal e um dos espaços da pesquisa, foi inaugurada em setembro de 2008 e oferece atendimento de Urgência e Emergência nas áreas de Clínica Média, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Odontologia, Enfermagem, Laboratório e Radiologia, no formato de “demanda espontânea” ou “livre demanda” a qualquer usuário que procurar o serviço, independentemente de ser ou não morador de Florianópolis. Localiza-se no bairro do Rio Tavares em Florianópolis/SC, com gestão municipal, classificada como Porte III por ter uma área de abrangência populacional de 200.001 a 300.000, com capacidade operacional Porte VIII pela quantidade de profissionais médicos que disponibiliza durante as 24 horas do dia, dois clínicos, um cirurgião, dois pediatras. Em 2016 atendeu, aproximadamente, 162.738 pessoas no total, contabilizando todos os serviços oferecidos, o que nos dá uma média de 13.561 atendimentos por mês e 450 por dia.

3.2.2 Participantes da pesquisa

Foram sujeitos do estudo enfermeiros lotados nos CSs, nas UPAs e no Nível Central da SMS da PMF e residentes de enfermagem.

Utilizaram-se também dados do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) dos usuários atendidos na UPA-Sul.

A primeira fase da pesquisa, chamada de *prelúdio*, consistiu em uma pesquisa de dados documentais, ou seja, das informações contidas no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) de usuários adultos atendidos pela clínica médica na UPA-Sul, mais especificamente, os atendimentos médicos e de enfermagem, e a amostra contemplou os atendimentos da clínica médica no período de janeiro a dezembro de 2016, num total de 63.903 atendimentos.

Foram excluídos do estudo os dados do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) que não passaram pelo AACR, os que foram atendidos fora do período de coleta de dados delimitado, atendimentos pediátricos e cirúrgicos, porque os usuários destas especialidades não passam por AACR.

A segunda fase da pesquisa foi composta por dois momentos, com populações diferentes. No primeiro momento participaram 91 enfermeiros e sete residentes de enfermagem. Como critério de inclusão utilizou-se ser enfermeiro ou residentes de enfermagem da SMS/PMF, com cadastro no grupo de e-mails da categoria e/ou ser membro do grupo de mensagens de texto da categoria através de um aplicativo de *smartphone*.

Optou-se em realizar a coleta de dados junto aos enfermeiros, por estes serem os principais responsáveis pelas portas de entradas das unidades, em todos os níveis de atenção à saúde na SMS da PMF, pois são eles que realizam os acolhimentos da demanda espontânea.

No segundo momento realizou-se a discussão em grupo e a população foi composta por nove enfermeiros de diversas áreas da enfermagem da SMS. Como critério de inclusão: ser enfermeiro e ter respondido ao questionário do primeiro momento, ser membro da Comissão de Sistematização da Assistência em Enfermagem (CSAE) da SMS, estar presente no dia agendado para a discussão em grupo e, aceitar participar da pesquisa.

3.2.3 Considerações Bioéticas

O desenvolvimento da pesquisa firmou o compromisso com os direitos humanos, respeitando as diretrizes e normas dispostas na Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº. 510 de sete de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e homologado pelo Ministério da Saúde. Sendo guiada pelos princípios de autonomia, não maleficência, justiça e equidade (CNS, 2012a, 2016).

Para tanto, os participantes da pesquisa tiveram sua participação confirmada através do aceite no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A e B).

Para a primeira fase, que contou da utilização de dados do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), entretanto, dispensou-se o TCLE, pois não houve acesso aos dados que pudessem identificar o usuário, uma vez que o sistema transforma os dados incluídos nele em um banco de dados, permitindo que determinadas informações fossem filtradas, não havendo qualquer acesso aos dados de identificação do usuário.

Em relação a segunda fase de coleta de dados, por terem sido realizada em diferentes momentos e de diferentes modos, foram realizados dois TCLEs diferentes, tanto na descrição da pesquisa, como na apresentação visual. Para responder o questionário os participantes da pesquisa deram o aceite em um formulário digital e, na etapa de discussão presencial deram seu aceite em formulário impresso.

Em ambas as situações, o participante teve a opção de desistir do estudo, em qualquer momento, sendo apenas necessário comunicar ao pesquisador. Os participantes tiveram suas identidades preservadas e foram esclarecidos/informados sobre a finalidade do trabalho e que sua participação, assim como dos riscos e prejuízo decorrentes da participação.

Para facilitar a identificação da procedência do dado, já que foram oriundos de locais, fontes e métodos diferentes, assim como, para manter o anonimato dos participantes, os comentários dos profissionais nos questionários foram identificados como ‘enfermeiros’, simbolizados pela letra ‘E’ e um número que corresponde à ordem cronológica em que o profissional respondeu ao questionário. As falas do grupo de convivência receberam a codificação ‘notas de discussão’, simbolizados pela sigla ‘ND’ e um número que corresponde à ordem que foram registradas na transcrição do áudio gravado. Os dados obtidos na etapa de apresentação à gestão receberam a codificação ‘notas da gestão’ ou ‘NG1’ e ‘NG2’. As notas de observação do pesquisador foram registradas na transcrição dos diários de campo.

Esta pesquisa foi autorizada, primeiramente pela SMS/PMF, através da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) e, após, pelo Comitê de Ética em Pesquisa UFSC (CEP/UFSC), sob o nº. 2.106.078 (ANEXO A) e guiada pelos princípios de autonomia, não maleficência, justiça e equidade.

3.3 PERSCRUTAÇÃO

A terceira etapa da PCA é a **perscrutação** ou coleta de dados. Segundo as autoras Trentini, Paim e Silva (2014) todo o pesquisador precisa desenvolver a habilidade de perscrutar, que tem como sinônimo examinar, investigar (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esta etapa iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa e englobaram duas fases, a primeira denominada de prelúdio e a segunda, composta por dois momentos, questionário e discussão em grupo.

3.3.1 Etapa do prelúdio

Para instrumentalizar o pesquisador e fomentar as tomadas de decisão, observou-se a necessidade de realizar uma fase anterior as etapas clássicas da PCA, denominada de *prelúdio*, que traria dados quantitativos específicos sobre as características dos usuários da UPA.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, *prelúdio* é o passo inicial de algo; ação preliminar que antecede a realização de algo; etapa inicial para o desenvolvimento ou para a resolução de alguma coisa (DICIO, 2016).

Esta fase (*prelúdio*) teve uma abordagem quantitativa, caracterizando-se por um estudo não experimental, de natureza descritiva e retrospectiva. Visou atender o primeiro objetivo específico desta pesquisa, “caracterizar os usuários adultos atendidos na UPA-Sul para atendimentos pela especialidade de clínica médica”.

O estudo foi realizado com base nos registros dos atendimentos realizados aos usuários adultos que passaram pelo AACR na UPA Sul e que foram atendidos pela clínica médica no período de janeiro a dezembro de 2016. Foram excluídos do estudo os dados de atendimentos realizados fora do período estipulado, atendimentos pediátricos e cirúrgicos, uma vez que estes não passam pela classificação de risco e dados de usuários com menos de 14 anos.

A escolha pela UPA-Sul para desenvolver esta fase da pesquisa está relacionada ao fato de ser a unidade de trabalho do pesquisador principal.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2017, sendo gerado um relatório com os dados dos atendimentos de usuários adultos atendidos pela clínica médica, extraídos do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) da UPA, que armazena os dados dos prontuários

médicos do município. Estes dados geraram uma planilha eletrônica do Programa *Microsoft Excel* que continha as variáveis relacionadas abaixo:

- Sociodemográficas:
 - ✓ Sexo: (variável qualitativa nominal) diferença física que distingue feminino de masculino coletado no cadastro do usuário no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário);
 - ✓ Data de nascimento: (variável quantitativa discreta) fornece a informação do dia, mês e ano em que o usuário nasceu, coletado no cadastro do usuário no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), que quando subtraído da data da análise dos dados, fornecerá a idade do indivíduo em anos;
 - ✓ Centro de Saúde (CS) que o usuário pertence: (variável qualitativa nominal) bairros pertencentes ao município de Florianópolis que possuem CS, selecionados automaticamente pelo Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), conforme a sincronização da área de abrangência do CS através do CEP e/ou endereço residencial do usuário, coletado no cadastro do usuário, a exceção são os usuários que não são moradores de Florianópolis, ou que o cadastro não foi preenchido corretamente;
 - ✓ Distrito Sanitário: (variável qualitativa nominal) macrorregião do município de Florianópolis a qual o CS, a exceção são os usuários que não são moradores de Florianópolis, ou que o cadastro não foi preenchido corretamente. Podendo ser Distrito Sanitário Centro (Agrônômica, Centro, Córrego Grande, Itacurubi João Paulo, Monte Serrat, Pantanal, Prainha, Saco dos Limões, Trindade); Distrito Sanitário Continente (Abraão, Balneário, Capoeiras, Coloninha, Coqueiros, Estreito, Jardim Atlântico, Monte Cristo, Novo Continente, Sapé, Vila Aparecida); Distrito Sanitário Norte (Barra da Lagoa, Cachoeira do Bom Jesus, Canasvieiras, Ingleses, Jurerê, Ponta das Canas, Ratoles, Rio Vermelho, Saco Grande, Santinho, Santo Antônio de Lisboa, Vargem Grande, Vargem Pequena); Distrito Sanitário Sul (Alto Ribeirão, Armação, Caeira da Barra do Sul, Campeche, Canto da Lagoa, Carianos, Costa da Lagoa, Costeira do Pirajubaé, Fazenda do Rio Tavares, Lagoa Da Conceição, Morro Das Pedras, Pântano Do Sul, Ribeirão Da Ilha, Rio Tavares, Tapera).
- Variáveis relacionadas aos atendimentos:
 - ✓ Classificação de Risco recebida: (**variável qualitativa nominal**) denominação dada ao usuário após o enfermeiro realizar o AACR guiado pelo protocolo em uso pela unidade, podendo ser

ambulatorial, intermediária, emergência e urgência, que estão relacionadas as cores adotadas pelo protocolo azul, verde, amarelo e vermelho, respectivamente. Este usuário buscou atendimento da clínica médica na UPA-Sul;

- ✓ Classificação Internacional de Doença (CID): (**variável qualitativa nominal**) cadastrada pelo médico responsável ao finalizar o registro do atendimento do usuário no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário). Trata-se do diagnóstico e/ou motivo pelo qual o mesmo buscou por um atendimento da clínica médica na UPA-Sul. Foram utilizados o CID principal e o CID secundário, sendo que este último não tem o cadastro obrigatório;
- ✓ Data e hora da realização da inscrição para atendimento médico na recepção da unidade: (**variável quantitativa contínua**) a data é composta por três elementos numéricos, a data do mês (1-31), o mês do ano (janeiro a dezembro ou 1-12) e o ano de 2016. A hora é composta por dois elementos, a hora (00-23) e pelos minutos (00-59). Ambos os dados se referem a data e hora que o usuário buscou por um atendimento da clínica médica na UPA-Sul;
- ✓ Data e hora início e fim da AACR: (**variável quantitativa contínua**) a data é composta por três elementos numéricos, a data do mês (1-31), o mês do ano (janeiro a dezembro ou 1-12) e o ano de 2016. A hora é composta por dois elementos, a hora (00-23) e pelos minutos (00-59). Ambos os dados se referem a data e hora que o enfermeiro começou e terminou o AACR do usuário buscou por um atendimento da clínica médica na UPA-Sul;
- ✓ Data e hora início e fim do atendimento médico: (**variável quantitativa contínua**) a data é composta por três elementos numéricos, a data do mês (1-31), o mês do ano (janeiro a dezembro ou 1-12) e o ano de 2016. A hora é composta por dois elementos, a hora (00-23) e pelos minutos (00-59). Ambos os dados se referem a data e hora que o médico começou e terminou o AACR do usuário buscou por um atendimento da clínica médica na UPA-Sul;
- ✓ Especialidade de atendimento médico: (**variável qualitativa nominal**) denominação atribuída ao tipo de atendimento médico, conforme Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), cadastrado para o profissional no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário). Para esta pesquisa foram utilizados dois descritores, o médico de família e o clínico geral. No Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) existem outras opções disponíveis, como cirurgia geral e pediatria;

No projeto inicial desta pesquisa foi prevista a utilização da variável sociodemográfica “profissão”, entretanto, este dado foi descartado, em função do sub-registro, pois não se trata de um campo obrigatório no Sistema de Registro Eletrônico.

Os dados obtidos foram organizados e analisados através *software IBM Statistics Syntax Editor (SPSS)*, com o suporte de um serviço de estatística. O banco de dados gerado forneceu dados quantitativos sobre o sexo, idade, distrito sanitário¹ que o usuário pertence, classificação de risco recebida, diagnóstico médico do atendimento, tempo de espera e duração dos atendimentos da enfermagem e dos médicos. Para análise foram usados dados de frequência e percentuais.

3.3.2 Instrumentos e técnicas de coleta de dados da segunda fase da pesquisa

3.3.2.1 Questionário

Para ser atendido o segundo objetivo específico da pesquisa “levantar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis na efetivação da referência e contrarreferência entre APS e UPAs” foi aplicado um questionário (APÊNDICE C) com questões abertas e fechadas, no período de julho a agosto de 2017, com os enfermeiros e residentes de enfermagem da SMS da PMF.

Para tanto, utilizou-se a ferramenta denominada *SurveyMonkey* através do site <<https://pt.surveymonkey.com>> que disponibiliza comercialmente a criação de questionários eletrônicos, bem como a sua coleta, organização e análise das informações. Esta ferramenta permite também o armazenamento dos dados de forma sigilosa, sendo acessados apenas pelo pesquisador responsável, mediante senha.

Optou-se por estudo do tipo *survey* em decorrência do tamanho da população a ser estudada, da necessidade de identificar dados e informações sobre características, ações ou opiniões, dos atores profissionais envolvidos no processo de referência e contrarreferência na SMS de Florianópolis.

Os dados foram coletados a partir de um questionário eletrônico, construído com base na literatura utilizada para a concepção da pesquisa, avaliando o conhecimento dos profissionais sobre o tema da pesquisa,

¹ Para fins administrativos e institucionais, este município agrupa em distritos sanitários as unidades de saúde, conforme localização geográfica e por proximidade, denominadas Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Continente.

sobre as ações praticadas atualmente e, coletando as sugestões e as expectativas destes participantes.

No período de aplicação do questionário foram enviados três *e-mails* em intervalo de 20 dias reforçando a importância da participação na pesquisa e entre estes intervalos, foram enviadas mensagens de texto por aplicativo de *smartphone*. Tal estratégia foi necessária considerando que a taxa de resposta neste tipo de coleta de dados é em torno de 7-13%, sendo aumentada quando ocorrem estratégias de reforço para participação (TABORDA; RANGEL, 2015).

O questionário foi enviado para 338 participantes, entre enfermeiros e residentes de enfermagem. Foram respondidos eletronicamente 118 questionários e destes, foram validados 98 que estavam com todas as questões respondidas, o que representou uma taxa de resposta de 28,99%.

Os dados coletados com a ferramenta do *SurveyMonkey* foram armazenados no próprio sistema, sendo recuperados e exportados diretamente para planilhas do Programa *Microsoft Excel*.

3.3.2.2 Discussão em grupo – Prática Assistencial

Para atender ao terceiro objetivo específico “desenvolver um processo reflexivo com os enfermeiros sobre a importância da utilização de um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs”, foi realizada uma discussão em grupo denominada de grupo de convivência, realizada em outubro de 2017. O grupo de convivência é compreendido como um espaço para o desenvolvimento da educação em saúde, provocando uma educação participativa, com a intenção de reconstrução coletiva do viver cotidiano (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para compor este grupo foram convidados os trinta enfermeiros que compõem a CSAE, por já estarem envolvidos e comprometidos com a sistematização da assistência de enfermagem. Para tanto, a proposta foi apresentada e negociada em reuniões anteriores da comissão e sendo observado o interesse dos membros para a inclusão da CSAE na pesquisa.

Participaram nove enfermeiros da comissão. Para desenvolver o tema com o grupo, optou-se pela técnica de grupo de convivência, que segundo Trentini, Paim e Silva (2014) é uma coleta de dados através de discussões compartilhadas entre pessoas reunidas em torno de um assunto sugerido pelo pesquisador e proporciona informações pela interação do grupo.

O encontro teve duração de uma hora e trinta minutos e foi dividido em três momentos, descritos a seguir. Os dados da discussão do grupo de convivência foram registrados pelo pesquisador principal através de anotações em diário de campo e gravação de áudio, que foi transcrito posteriormente, na íntegra, no Programa de Edição *Microsoft Word* pelo pesquisador principal.

1º momento:

- ✓ Abertura do encontro com fala de boas-vindas e de agradecimento pela participação, realizado pelo pesquisador.
- ✓ Apresentação, através do uso do recurso visual do *datashow* e do Programa *Microsoft Power Point*, do projeto de pesquisa, com a contextualização sobre o assunto, pergunta de pesquisa, objetivo geral e os específicos, e as etapas do estudo. Também foi abordado sobre a importância da participação deste grupo na pesquisa.

2º momento:

- ✓ Apresentação, através do uso do recurso visual do *datashow* e do Programa *Microsoft Power Point*, dos resultados das etapas anteriores, já concluídas, o *prelúdio* com a caracterização dos usuários que procuram a UPA-Sul e os dados coletados com os enfermeiros e enfermeiros residentes da rede através dos questionários aplicados.

3º momento:

- ✓ Através do uso do recurso visual do *datashow* e do Programa *Microsoft Power Point*, relembrou-se os conceitos de referência, contrarreferência e fluxograma. Também foram elencados como se dá a construção de um fluxograma com seus elos.
- ✓ Posterior a apresentação foi deixada como tela principal as questões mais frequentes evidenciadas nos questionários respondidos e, então aberto o encontro para a discussão do assunto, promovendo a participação de todos, sem a dispersão do assunto principal.
- ✓ Quando o grupo observou a saturação da coleta de informações sobre o assunto e a sugestão do fluxograma, o encontro foi encerrado, finalizando com o agradecimento pela participação de todos e o comprometimento em divulgar os novos resultados e o fluxograma em sua versão final.

A compilação e análise dos dados gerados foram utilizados para propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs, produto final desta pesquisa.

3.4 ANÁLISE

A etapa de **análise** da PCA aconteceu em simultaneidade com a anterior, a de perscrutação, para facilitar a identificação de possíveis dificuldades e lacunas ao longo do processo e mantendo o grande objetivo da PCA, a “convergência” entre prática assistencial e investigação científica, uma vez que a cada passo deve-se repensar os dados encontrados com sujeitos envolvidos na pesquisa e as possibilidades de implementação de mudanças na prática (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para a análise dos dados foram utilizadas três das quatro etapas propostas por Trentini e Paim e Silva (2014), apreensão, síntese e teorização, que podem se sobrepor em alguns momentos.

A etapa de apreensão consistiu na codificação dos dados qualitativos derivados de transcrições, dos grupos de discussão, questionários, notas do observador, dos diários de campo e na descrição dos dados quantitativos. Foram lidos repetidas vezes, para buscar um sentido e uma compreensão mais profunda, identificou-se as similaridades entre as respostas das questões abertas dos questionários e das falas no grupo, de modo a compreender o fenômeno estudado.

Já, os dados gerados pelo relatório de atendimento, fase chamada *prelúdio*, foram organizados em colunas e linhas com as informações das variáveis solicitadas, sexo, data de nascimento, CS da área de abrangência, classificação de risco recebida, CID, data e horário da realização da ficha de atendimento, início e término da AACR e início e término do atendimento médico. Com o auxílio *software IBM Statistics Syntax Editor (SPSS)* os dados foram analisados e correlacionados, gerando dados estatísticos simples.

Os dados gerados pelas respostas do questionário, foram extraídos do site <<https://pt.surveymonkey.com>> através de ferramenta *SurveyMonkey*, disponibilizada pelo próprio site, gerando arquivos de planilhas do Programa *Microsoft Excel*, informando a frequência e percentual das questões de múltipla escolha. Para os dados qualitativos a ferramenta gerou uma pré-análise, que consistia a indicação de palavras-chaves entre as repostas, fruto de palavras que se repetiram nas questões discursivas. Os arquivos também dispunham o comentário completo do participante dessas questões discursivas, para facilitar a localização destas e a realização de marcações e observações do pesquisador. Além da pré-análise, o material foi convertido em unidades menores e mais fáceis de administrar e revisar.

Na etapa de síntese foram comparados os dados quantitativos e qualitativos da pesquisa, os elementos mais representativos foram aqueles que se repetiam, nos quais colocavam mais ênfase que culminaram na codificação e levou a construção das categorias.

Os dados quantitativos foram submetidos a análise estatística e colaboraram na etapa de síntese pois permitiram interpretar os dados dando mais sentido aos resultados numéricos do estudo. Este exercício permitiu explicar algumas descobertas com o auxílio de dados científicos prévios e da própria experiência profissional da autora principal.

Assim emergiram cinco categorias: “percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência”, “fluxo de referência e contrarreferência na realidade atual”, as “facilidades no sistema de referência e contrarreferência”, as “dificuldades no sistema de referência e contrarreferência”, e, “aspectos essenciais a um fluxograma de referência e contrarreferência”.

Na etapa de teorização ocorreu o processo de reflexão de forma a confrontar com os dados encontrados com a literatura acerca desta temática. A busca por pontos convergentes e divergentes.

A identificação de temas e categorias não foi um processo ordenado e linear, houve a necessidade de repetição, ou seja, após adotar categorias a partir dos dados foi necessário retomar a reavaliação dos materiais com os temas em mente, para analisar se eles realmente se encaixavam.

Este processo de teorização também permitiu o desenvolvimento um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs para o município de Florianópolis.

A última etapa do processo de análise, que completa o ciclo, é a de transferência, e consiste na socialização dos achados e produtos da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Esta etapa ocorrerá futuramente, provavelmente no momento da divulgação da pesquisa e do fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs para o município de Florianópolis, assim como o início da utilização do fluxograma, concluindo assim a proposta da PCA. As negociações com a gestão administrativa para esta etapa já iniciaram e devem estar concluídas ao longo do ano de 2018.

4 RESULTADOS

O presente capítulo será apresentado de acordo com a Instrução Normativa 01/MPENF/2014 de 03 de dezembro de 2014 que define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC (MPENF, 2014).

Sendo assim, os resultados serão apresentados no formato de dois manuscritos e um produto final com os seguintes títulos:

4.1 MANUSCRITO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS ATENDIMENTOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUL DO BRASIL

4.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

4.3 PRODUTO: FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO PARA O MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

4.1 MANUSCRITO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS E DOS ATENDIMENTOS DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO SUL DO BRASIL

RESUMO

Estudo de natureza descritiva e retrospectiva com abordagem quantitativa, teve como objetivo caracterizar a população adulta atendida pela especialidade de clínica médica em uma Unidade de Pronto Atendimento do Sul do Brasil. A coleta de dados, realizada em agosto de 2017, foi realizada utilizando os registros dos atendimentos do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, do período de janeiro a dezembro de 2016. Os dados foram extraídos do relatório institucional do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) da unidade. Os dados foram organizados e analisados através *software IBM Statistics Syntax Editor*, com estatística simples. Analisou-se um total de 63.903 atendimentos. Achados mostram a predominância da utilização da unidade por mulheres, jovens em idade produtiva e moradores de regiões próximas. Predomina a queixa de dor, seja aguda ou crônica como motivo de busca pelo serviço e a classificação de risco verde foi a mais frequente. Usuários classificados em verde e azul, que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde, totalizam mais de 80% dos atendimentos realizados. A análise dos tempos de espera demonstrou que tanto na classificação de risco, como no atendimento médico, este está dentro do estimado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Conclui-se que o perfil populacional encontrado nesta pesquisa não difere significativamente do perfil de usuários atendidos em outras instituições que realizam atendimentos de urgência e emergência no Brasil e no mundo. Os usuários que procuraram os serviços da unidade estudada, em sua maioria, poderiam ter sua queixa manejada nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Unidade de Pronto Atendimento. Tratamento de Emergência. Estatística. Dados Numéricos. Serviços Médicos de Emergência. Triagem.

INTRODUÇÃO

O atendimento de situações de urgência e emergência no Brasil tem modificado nos últimos anos, no intuito de estabelecer uma rede de serviços hierarquizada, na qual os usuários sejam atendidos de acordo com o nível de complexidade de cada unidade de saúde. Nesta proposta o usuário é acolhido em qualquer nível de atenção e, quando necessário,

encaminhado a outro nível de complexidade a fim de garantir o atendimento seguro (DINIZ et al., 2014; GARCIA; REIS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015)

No entanto, a dificuldade e limites que envolvem que envolve o acesso a Atenção Primária a Saúde (APS) e em especial a média complexidade, o desconhecimento da população quanto a lógica dos serviços de saúde, assim como questões culturais de nossa realidade, dentre outros problemas, contribuem para que os serviços de emergência, continuem sendo a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias de saúde, associado a resolutividade da assistência (BAIÃO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015, 2013b; PRUDÊNCIO et al., 2016; RONCALLI et al., 2017).

O modelo hierarquizado de assistência, que não consegue atender aos anseios e necessidades da população, bem como é pouco compreendido por ela, contribui para a situação caótica do atendimento de emergência no país, pelo excesso de demanda (DINIZ et al., 2014; MORAIS; MELLEIRO, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; PRUDÊNCIO et al., 2016; RONCALLI et al., 2017).

A superlotação nos serviços de emergência é um fenômeno mundial, desencadeando um tempo de espera acima de uma hora para atendimento médico; ocupação máxima dos leitos, o que contribui para a alta tensão na equipe assistencial e pressão constante para novos e rápidos atendimentos (DINIZ et al., 2014; NILSEN; HUNSKAAR; RUTHS, 2017; PRUDÊNCIO et al., 2016; THIJSEN et al., 2016; TIEL et al., 2015).

Esta situação tem preocupado usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde. Em virtude disto, medidas foram adotadas para tentar minimizar esta situação. Entre estas medidas, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas com o objetivo de operacionalizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de agir e cuidar (BRASIL, 2006).

Neste contexto as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) surgem como parte da rede local de atendimento Pré-Hospitalar Fixo, denominadas unidades não-hospitalares de atendimento as urgências de complexidade intermediária, com funcionamento ininterrupto e competência para acolher e prestar assistência aos usuários com quadro clínico agudo de qualquer natureza (RONCALLI et al., 2017).

As UPAs são classificadas em portes de acordo com a população do município-sede, a área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos. O

conjunto destas variáveis determina, conseqüentemente, o valor do repasse financeiro realizado pelo Ministério da Saúde para a manutenção e investimentos (BRASIL, 2017b; KONDER; O'DWYER, 2015).

Uma das estratégias escolhidas para alcançar os princípios da PNH foi a implantação do Acolhimento com Avaliação com Classificação de Risco (AACR), visando que o atendimento seja por critério de gravidade e não por ordem de chegada aos serviços de emergência, sendo um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2009, 2015, 2017b; JÚNIOR, 2018; OLIVEIRA et al., 2013b; RISSARDO et al., 2016).

O AACR deve ser realizado com todo o usuário que procura, de forma espontânea, as portas de entrada das unidades de saúde no momento definido pelo mesmo, como de necessidade aguda ou de urgência (BRASIL, 2009, 2015, 2017b).

Nesse modelo, após o atendimento inicial usuário é encaminhado para o consultório de enfermagem, local onde ocorre a classificação de risco, utilizando informações da escuta qualificada, exame físico e da tomada de dados vitais, se baseia no Protocolo de Classificação de Risco adotado pela instituição/unidade e classifica o risco do usuário em VERMELHO, AMARELO, VERDE e AZUL. Podendo ter uma terminologia diferente, dependendo do protocolo seguido (BRASIL, 2009, 2015, 2017b).

Considerando as atuais dificuldades enfrentadas pelas portas de entrada e os principais objetivos para os quais, as UPAs foram criadas, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar os usuários adultos atendidos em uma UPA do sul do Brasil para atendimentos pela especialidade de clínica médica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo² de natureza descritiva e retrospectiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma UPA localizada no sul do Brasil classificada como Porte III e com capacidade operacional Porte VIII, de acordo com a portaria nº 10/2017 (BRASIL, 2017b).

O estudo foi realizado com base nos registros dos atendimentos realizados aos usuários adultos que passaram pelo AACR para serem atendidos pela clínica médica no período de janeiro a dezembro de 2016.

² Esta pesquisa faz parte uma dissertação de mestrado profissional, que utilizou a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com enfoque na gestão do cuidado, para atender ao objetivo geral "propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento para o município de Florianópolis".

Foram excluídos do estudo os dados de atendimentos realizados fora do período estipulado, atendimentos pediátricos e cirúrgicos, uma vez que estes não passam pela classificação de risco e dados de usuários com menos de 14 anos.

A coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2017, sendo gerado um relatório com os dados dos atendimentos de usuários adultos atendidos pela clínica médica, extraídos do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) da UPA, que armazena os dados dos prontuários médicos do município. Para confecção do relatório foram utilizadas as seguintes variáveis: sexo, data de nascimento, endereço – através do CS da área de abrangência, classificação de risco recebida, motivo do atendimento por Classificação Internacional de Doenças (CID), data e horário da realização da ficha de atendimento, início e término da AACR e início e término do atendimento médico.

Os dados foram organizados e analisados através *software IBM Statistics Syntax Editor* (SPSS), com o suporte de um serviço de estatística para análise descritiva. O banco de dados gerado forneceu dados quantitativos sobre o sexo, idade, distrito sanitário³ que o usuário pertence, classificação de risco recebida, diagnóstico médico do atendimento, tempo de espera e duração dos atendimentos da enfermagem e dos médicos.

O desenvolvimento da pesquisa firmou o compromisso com os direitos humanos, respeitando as diretrizes e normas vigentes, sendo guiada pelos princípios de autonomia, não maleficência, justiça e equidade (CNS, 2012b, 2016). Esta pesquisa dispensou o uso do TCLE, pois não houve acesso aos dados do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) que pudessem identificar o usuário, uma vez que o sistema transforma os dados incluídos nele em um banco de dados, permitindo que determinadas informações fossem filtradas, não havendo qualquer acesso aos dados de identificação do usuário. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (CEP/UFSC), sob o n°. 2.106.078.

RESULTADOS

Foram analisados um total de 63.903 atendimentos realizados pela clínica médica na UPA no ano de 2016, sendo 36.920 (57,8%) do sexo feminino e 26.983 (42,2%) do sexo masculino. Destes, 17.283 (27,0%) tinham entre 14 e 24 anos; 16.230 (25,4%) entre 25 e 34 anos; 11.216

³ Para fins administrativos e institucionais, este município agrupa em distritos sanitários as unidades de saúde, conforme localização geográfica e por proximidade, denominadas Distrito Sanitário Sul, Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Centro, Distrito Sanitário Continente.

(17,6%) entre 35 e 44 anos; 7.936 (12,4%) entre 45 e 54 anos, 5.562 (8,7%) entre 55 e 64 anos, 3.394 (5,3%) entre 65 a 74 anos, 1.650 (2,6%) entre 75 a 84 e, 632 (1,0%) tinham 65 anos ou mais.

Quanto ao distrito sanitário de procedência observou-se que 9.234 (14,5%) eram de usuários pertencentes ao Distrito Centro; 1.829 (2,9%) do Distrito Continente; 2.717 (4,3%) do Distrito Norte e 46.054 (72,4%) do Distrito Sul.

Tabela 1 – Distribuição dos atendimentos de usuários adultos da clínica médica, segundo sexo, faixa etária, distrito sanitário de procedência, na UPA, 2016.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	36.920	57,8
Masculino	26.983	42,2
Faixa etária, em anos		
14 a 24	17.283	27,0
25 a 34	16.230	25,4
35 a 44	11.216	17,6
45 a 54	7.936	12,4
55 a 64	5.562	8,7
65 a 74	3.394	5,3
75 a 84	1.650	2,6
Mais de 85	632	1,0
Distrito Sanitário		
Centro	9.234	14,5
Continente	1.829	2,9
Norte	2.717	4,3
Sul	46.054	72,1
Não morador do município	4.069	6,4
TOTAL	63.903	100,0

Fonte: Dados da pesquisadora

Quanto ao diagnóstico realizado pelo médico, os cinco mais frequentes foram amigdalite (3.224 – 5,0%); diarreia e gastroenterite (3.057 – 4,8%); dor lombar (1.932 – 3,0%); infecção do trato urinário (1.878 – 2,9%) e cefaleia (1.838 – 2,9%). Juntos estes diagnósticos representam 18,60% dos problemas que levaram os usuários ao serviço de saúde estudado.

Tabela 2 – Distribuição dos atendimentos de usuários adultos da clínica médica, segundo diagnóstico médico, na UPA, 2016.

CID⁴	Diagnóstico Médico	N	%
	Campo não preenchido	5.215	8,2
J039	Amigdalite aguda não especificada	3.224	5,0
A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3.057	4,8
M545	Dor lombar baixa	1.932	3,0
N390	Infecção do trato urinário de localização não especificada	1.878	2,9
R51	Cefaleia	1.838	2,9
R05	Tosse	1.713	2,7
R520	Dor aguda	1.696	2,7
J00	Nasofaringite aguda	1.655	2,6
Z719	Aconselhamento não especificado	1.604	2,5
J069	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	1.494	2,3
J019	Sinusite aguda não especificada	1.469	2,3
R104	Outras dores abdominais e as não especificadas	1.091	1,7
R11	Náusea e vômitos	1.080	1,7
Z00	Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado	1.048	1,6
Z000	Exame médico geral	1.045	1,6
R103	Dor localizada em outras partes do abdome inferior	992	1,6
TOTAL		32.031	50,1⁵

Fonte: Dados da pesquisadora

Na comparação da sazonalidade com a frequência dos diagnósticos médicos, no gráfico 1 categorizados por sistemas, observamos um acréscimo gradativo durante o ano nos valores da codificação relacionada ao “aparelho respiratório”, tendo seu pico no outono (3.817 – 8,77%) e no inverno (3.804 – 8,74%).

Dentre os aspectos analisados estão: os tempos de espera para a classificação de risco; o tempo para chegar ao atendimento médico após a classificação de risco, assim como para o cálculo de tempo da consulta médica. Para os cálculos de tempo de espera para a classificação de risco

⁴ CID – Codificação Internacional de Diagnósticos.

⁵ Foram trazidos para este artigo os dados dos diagnósticos médicos mais frequentes e relevantes, sendo assim o somatório não alcança 100%.

foi considerada a hora inicial da realização da ficha de atendimento na recepção até a chegada ao consultório de classificação; para o início do atendimento médico o intervalo entre a classificação e a hora de abertura do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) pelo profissional, e para calcular a duração da consulta utilizou-se o intervalo entre a abertura e o fechamento do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) como base de cálculo. No tratamento estatístico os valores extremos foram descartados e foi utilizado para realização da média de tempo o “intervalo de interquartil” devido à grande variação de valores.

Na AACR a média de tempo de espera foi de menos de quatro minutos e a duração do atendimento foi de dois minutos.

O tempo de espera para o atendimento médico apresentou uma média de 1 hora e 36 minutos e, a duração do atendimento médico teve uma média de 5 minutos.

Também foi analisada a distribuição quanto ao AACR que teve a seguinte apresentação, 814 (1,3%) foram classificados com o risco “Vermelho – Emergência”, 10.110 (16,0%) como “Amarelo – Urgência”, 49.510 (78,4%) “Verde – Menor Urgência – Intercorrência” e, 2.768 (4,4%) como “Azul – Baixo risco – Ambulatorial”.

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos de usuários adultos da clínica médica, segundo a Classificação de risco, na UPA, 2016.

Variáveis	N	%
Vermelho – Emergência	814	1,3
Amarelo – Urgência	10.110	16,0
Verde – Menor Urgência – Intercorrência	49.580	78,4
Azul – Baixo risco – Ambulatorial	2.768	4,4
TOTAL	63.272	100,0

Fonte: Dados da pesquisadora

DISCUSSÃO

A caracterização dos usuários atendidos na UPA, bem como aspectos do atendimento realizado traz o conhecimento necessário para auxiliar na reorganização da gestão do sistema de saúde e, demonstra a dificuldade enfrentada pelos profissionais da área de urgência no desafio de implantar a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no Brasil (GARCIA; REIS, 2014).

Os achados deste estudo convergem com a realidade encontrada em outros serviços de emergência do Brasil e países como os Estados Unidos, Camboja e a região da África do Sul (ACOSTA; LIMA, 2015; DINIZ et al., 2014; GARCIA; REIS, 2014; HAYDEN et al., 2014;

OLIVEIRA et al., 2013b; RONCALLI et al., 2017; SILVA et al., 2013; YAN et al., 2015). Consta-se na população adulta investigada a predominância de jovens (20 a 39 anos), em idade produtiva, com uma maioria feminina e, moradores de regiões próximas a unidade.

O predomínio da população feminina também foi observado em unidades como uma UPA do estado de Minas Gerais, UPA do interior de São Paulo, Unidade de Emergência da região do sul do país, na RUE de Pernambuco, além de países da África do Sul, da Europa, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Taiwan (TIEL et al., 2015; TSHITENGE; OGUNBANJO; MBUKA, 2016).

No Brasil, pode-se relacionar esta predominância a distribuição demográfica populacional, de maioria feminina e também, porque culturalmente, as mulheres buscam mais espontaneamente e frequentemente por cuidados à saúde em comparação com os homens (ACOSTA; LIMA, 2015; DINIZ et al., 2014; GARCIA; REIS, 2014; SILVA et al., 2013; TIEL et al., 2015; TSHITENGE; OGUNBANJO; MBUKA, 2016).

Outra pesquisa realizada em uma UPA do interior de São Paulo identificou que os usuários do serviço são moradores de bairros próximos a unidade, relacionando com a proposta ministerial de que como o usuário deve ter acesso aos serviços no tempo e no espaço que lhe são mais adequados, optando pela facilidade de uma unidade próxima a sua residência com a tecnologia apropriada a sua necessidade, conforme seu julgamento (GARCIA; REIS, 2014).

Este estudo realizado revelou a queixa de dor, seja aguda ou crônica como o principal motivo de busca dos usuários nos serviços de urgência e emergência, convergindo com outras realidades estudadas (BARRIENTOS et al., 2014; DINIZ et al., 2014; SILVA et al., 2013; TIEL et al., 2015; YAN et al., 2015).

Outros autores ressaltam que a dor um fenômeno subjetivo, frequentemente há dificuldade em realizar uma avaliação mais precisa. Nestas outras realidades as áreas de localização da dor, relatadas como mais comuns, estão em seis regiões do corpo: cabeça, garganta, torácica, abdominal e lombar (BARRIENTOS et al., 2014; DINIZ et al., 2014; SILVA et al., 2013; TIEL et al., 2015; YAN et al., 2015).

Outros estudos identificaram queixas divergentes das encontradas nesta pesquisa, como as relacionadas a distúrbios mentais, acidentes automobilísticos e intoxicação por álcool e drogas, provavelmente devido à especialidade em que o serviço é referência na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (DINIZ et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2013a; TIEL et al., 2015; YAN et al., 2015).

Apenas os estudos realizados em Taiwan apresentaram uma taxa maior de usuário trazendo queixas relacionados à oncologia (TIEL et al., 2015).

A categoria “Verde – Menor Urgência – Intercorrência” foi a mais frequente neste serviço pesquisado, convergindo com o encontrado em outras unidades de urgência e emergência que utilizam protocolos de AACR semelhantes, entre eles a África do Sul (TSHITENGE; OGUNBANJO; MBUKA, 2016).

Nesta pesquisa, se somarmos os usuários classificados em “Verde – Menor Urgência – Intercorrência” aos classificados em “Azul – Baixo risco – Ambulatorial” temos que mais de 80% dos atendimentos realizados na unidade estudada poderiam ter sido resolvidos na APS. Esse dado aponta para a dificuldade de implantar o modelo das RAS, considerando a APS como primeira opção de atendimento aos usuários RAS (ACOSTA; LIMA, 2015; DINIZ et al., 2014; GARCIA; REIS, 2014).

Em relação à análise de tempos de espera, os resultados do presente estudo demonstram que no AACR, realizado pelos enfermeiros, a média do tempo de espera de menos de quatro minutos e a média do tempo de atendimento de dois minutos, alcançou o tempo de segurança estimado pelo Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, que é, respectivamente, de dez minutos e cinco minutos (JÚNIOR, 2018).

A média do tempo de espera para o atendimento médico atingiu o tempo alvo recomendado pelo protocolo da adotado pela instituição, conforme a classificação de risco recebida pelo usuário (JÚNIOR et al., [s.d.]).

Em relação ao tempo de duração da consulta, conforme parecer do Conselho Regional de Medicina (CRM), não há como estabelecer uma duração ideal para a consulta médica, tendo em vista que, dois usuários com diagnósticos similares podem apresentar demandas diferentes, dependendo de uma série de fatores. Tem por referência desejável, no entanto, o número de três atendimentos médicos por hora (CRM, 2014).

CONCLUSÕES

O perfil populacional encontrado nesta pesquisa não difere significativamente do perfil de usuários atendidos em outras instituições que realizam atendimentos de urgência e emergência no Brasil e no mundo.

Observa-se que apesar das estratégias do Ministério da Saúde, como a implantação PNH e PNAU, ainda são muitos os desafios para que o trabalho em rede flua de modo ideal.

A implantação da referência e da contrarreferência articulando todos os níveis de atenção à saúde e organização do fluxo de usuários são elementos importantes para que se promova uma atenção integral, de corresponsabilidade e a continuidade do cuidado através da RAS.

Encontramos dados que indicam que os usuários classificados em “Verde – Menor Urgência – Intercorrência” e “Azul – Baixo risco – Ambulatorial” são a maioria do que procuram os serviços da UPA estudada, sendo que estes poderiam ter sua queixa manejada nos serviços de APS.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. DA S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337–344, 2015.

BAIÃO, B. DE S. et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 291–302, 2014.

BARRIENTOS, F. C. et al. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. **Rev Soc Esp Dolor**, v. 21, n. 1, p. 3–15, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Editora do Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. **Editora do Ministério da Saúde**, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Portaria 10, de 03 de janeiro de**, 2017.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466, de 11 e 12 de dezembro de**, 2012.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisas científicas humanas e sociais. **Resolução 510, de 07 de abril de**, 2016.

CRM. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. **Resolução CFM no 2.079**, 2014.

- DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312–320, 2014.
- GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261–267, 2014.
- HAYDEN, C. et al. Improving Patient Flow in the Emergency Department by Placing a Family Nurse Practitioner in Triage: A Quality-Improvement Project. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 4, p. 346–351, 2014.
- JÚNIOR, É. A. DOS S. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco - Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/prot%0Aocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodeUp%0AasdeBH.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- JÚNIOR, W. C. **Recomendações de Boas Práticas Referente a Adesão para Utilização do Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/BoasPráticasSistemaManchesterdeClassificaçãodeRisco.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 525–545, 2015.
- MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 112–120, 2013.
- NILSEN, H.; HUNSKAAR, S.; RUTHS, S. Patient trajectories in a Norwegian unit of municipal emergency beds. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 35, n. 2, p. 137–142, 2017.
- OLIVEIRA, A. N. S. DE et al. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3601–3607, 2013a.
- OLIVEIRA, S. N. DE et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238–244, 2015.

- OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–7, 2013b.
- PRUDÊNCIO, C. P. G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1–10, 2016.
- RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. e941, p. 1–8, 2016.
- RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 2–10, 2017.
- SILVA, A. P. DA; et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 507–17, 2013.
- THIJSSSEN, W. A. M. H. et al. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 149, 2016.
- TIEL, S. VAN et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 22, n. 5, p. 306–315, 2015.
- TSHITENGE, S. T.; OGUNBANJO, G. A.; MBUKA, D. O. The effectiveness of the South African Triage Toll use in Mahalapye District Hospital - Emergency Department, Botswana. **African journal of primary health care & family medicine**, v. 8, n. 1, p. 1–5, 2016.
- YAN, L. D. et al. An observational study of adults seeking emergency care in Cambodia. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, n. 2, p. 84–92, 2015.

4.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

RESUMO

Pesquisa Convergente Assistencial que levantou as facilidades e as dificuldades dos enfermeiros de uma rede municipal de saúde, situada em uma capital de estado do sul do Brasil, na efetivação da referência e contrarreferência entre Atenção Primária à Saúde e Unidades de Pronto Atendimento, bem como as sugestões para elaboração de um fluxograma de encaminhamento na rede. A coleta de dados ocorreu de julho a fevereiro de 2018, com 91 enfermeiros e sete residentes de enfermagem que atuam na rede. Inicialmente, foi aplicado um questionário disponibilizado pela ferramenta *SurveyMonkey*; para conhecer as percepções destes quanto ao tema. Posteriormente, foi realizada a prática assistencial em grupo de convivência com nove enfermeiros, que participaram da etapa anterior e que discutiram os resultados dos questionários e apresentaram sugestões para elaboração do fluxograma. Os dados coletados originaram as categorias: “percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência”, “fluxo de referência e contrarreferência na realidade atual”, as “facilidades no sistema de referência e contrarreferência”, as “dificuldades no sistema de referência e contrarreferência”, e, “aspectos essenciais a um fluxograma de referência e contrarreferência”. Constatou-se que a referência e a contrarreferência entre as unidades ocorre desarticulada e informalmente, sem fluxos formais. Destaca-se a fragilidade de elo entre a Atenção Primária à Saúde e os serviços de outros níveis, não há contrarreferência ou retorno monitorados, implicando em descontinuidade do cuidado, e baixa resolubilidade dos casos. A ferramenta mais utilizada nos encaminhamentos é um formulário, com registro ineficiente de informações e das intervenções realizadas e as motivações que justificam o encaminhamento. O Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) é considerado um aspecto positivo para a efetivação de um fluxograma de referência e contrarreferência.

Descritores: Centros de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Rede Assistencial do Município. Unidade de Pronto Atendimento. Referência. Contrarreferência. Integralidade. Encaminhamento. Fluxograma.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado para operar através de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma resposta social organizada às necessidades, demandas e preferências da sociedade (MENDES, 2011).

A RAS é composta por três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Os Centros de Saúde (CSs) e as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são responsáveis pela Atenção Primária à Saúde (APS), que engloba a promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Os serviços de emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os hospitais gerais e ambulatorios especializados têm a finalidade de proporcionar tratamento precoce e minimizar agravos à saúde, sendo classificados como atenção secundária ou média complexidade. Na esfera da atenção terciária ou alta complexidade, encontram-se as ações de maior complexidade e de reabilitação, prestadas por hospitais especializados (OLIVEIRA et al., 2013b).

Embora, esses níveis de atenção tenham sido idealizados e organizados para funcionar como uma rede interligada, levando em consideração a gravidade do usuário e, tendo como a principal porta de acesso ao sistema de saúde a APS, há uma grande dificuldade de estruturar os serviços de saúde e os fluxogramas de atendimento na realidade atual (OLIVEIRA et al., 2013b).

Sistemas estruturados em diferentes níveis de atenção, como o brasileiro, recebem críticas no sentido de serem incapazes de se articularem, resultando em um cuidado fragmentado, principalmente para o enfrentamento das condições agudas ou agudizações das condições crônicas (PEREIRA; MACHADO, 2016).

A integralidade da assistência, pressuposto fundamental da assistência à saúde, reúne princípios de uma boa prática, na qual o usuário é um ser indissociável com plenos direitos ao acesso à saúde, desde sua promoção até a reabilitação; considera que os profissionais percebam o usuário como um todo e não apenas o órgão doente, assim como implica em um fluxo que possibilite o acesso do usuário ao nível indicado de atenção que necessita, no momento em que necessita. Nesse sentido, é fundamental a integração de serviços por meio de RAS, uma vez que nenhuma das esferas de atenção dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida (QUEVEDO et al., 2016).

Seguindo este raciocínio, para efetivar estes valores de integralidade há necessidade de um adequado sistema de referência e

contrarreferência para viabilizar o fluxo entre as diversas esferas que compõe a RAS (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo levantar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros de uma Rede Municipal de Saúde de uma capital do sul do Brasil na efetivação da referência e contrarreferência entre APS e UPAs e desenvolver um processo reflexivo com os enfermeiros sobre a importância da utilização de um fluxograma de referência e contrarreferência entre estes serviços.

METODOLOGIA

Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com enfoque na gestão do cuidado (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014), realizada na rede municipal de saúde de uma capital do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018. Os sujeitos da pesquisa tiveram sua participação firmada pelo aceite à participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico de cada etapa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob o nº 2.106.078 e guiado pelos princípios de autonomia, não maleficência, justiça e equidade. Foram sujeitos do estudo 91 enfermeiros e sete residentes de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos. O primeiro momento ocorreu de julho a agosto de 2017 e a população estudada foi composta por 91 enfermeiros que atuam no município e sete residentes de enfermagem. Como critério de inclusão utilizou-se ser enfermeiro ou enfermeiro residente da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com cadastro no grupo de e-mails da categoria. A coleta de dados se deu pela aplicação de um questionário disponibilizado pela ferramenta *SurveyMonkey*; com quinze questões fechadas e abertas que permitiu conhecer como os enfermeiros percebem a referência e contrarreferência entre a APS e as UPAs.

O segundo momento ocorreu de outubro de 2017 a fevereiro de 2018, participaram nove enfermeiros, os quais haviam respondido ao questionário do momento anterior, e que faziam parte da Comissão de Sistematização da Assistência em Enfermagem (CSAE) da SMS do município estudado. Com esses foi realizado um grupo de convivência no qual foram apresentados e discutidos os resultados obtidos com o questionário e elencadas as sugestões para elaboração do fluxograma de referência e contrarreferência entre a APS e UPAs. Os dados de grupo de convivência foram registrados através de anotações em diário de campo e gravação de áudio, que foi transcrito posteriormente na íntegra,

no programa de edição de textos *Microsoft Word* pelo pesquisador principal.

A análise dos dados seguiu os preceitos da PCA e ocorreu em três etapas, apreensão, síntese e teorização (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Na etapa de apreensão foi realizada a codificação dos dados dos questionários e do grupo de convivência. Na etapa de síntese foram comparados os dados obtidos separando em categorias por palavras-chave e temas semelhantes. Na etapa de teorização realizou-se uma reflexão confrontando os dados encontrados com a literatura sobre o assunto, buscando pontos comuns e divergentes, relacionando a aplicabilidade com a prática assistencial.

Para facilitar a identificação da procedência do dado e para manter o anonimato dos participantes, os comentários dos profissionais nos questionários foram identificados como a letra 'E' (enfermeiro) e um número que corresponde à ordem cronológica em que o profissional respondeu ao questionário; as falas do grupo de convivência receberam a codificação 'ND' (notas de discussão) e um número que corresponde à ordem que foram registradas na transcrição do áudio gravado.

A análise dos questionários e das falas do grupo de discussão resultaram em cinco categorias: “percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência”, “fluxo de referência e contrarreferência na realidade atual”, as “facilidades no sistema de referência e contrarreferência”, as “dificuldades no sistema de referência e contrarreferência”, e, “aspectos essenciais a um fluxograma de referência e contrarreferência”.

RESULTADOS

A caracterização dos participantes, respondentes da etapa de questionário, mostrou que: cinco (5,10%) trabalham a menos de um ano na rede municipal de saúde; 29 (29,59%) trabalham a menos de cinco anos; 43 (43,88%) trabalham entre seis e dez anos; oito (8,16%) trabalham entre 11 e 15 anos; sete (7,14%) trabalham entre 16 e 20 anos e; seis (6,12%) trabalham há mais de 20 anos. Com relação à área de atuação, 59 participantes (60,20%) atuam na APS; 28 participantes (28,57%) na Média complexidade e; 11 participantes (11,22%) atuam na gestão.

Uma primeira categoria que se destaca no estudo trata da percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência.

Percepção dos profissionais no sistema de referência e contrarreferência

No que tange a existência de referência e contrarreferência, os participantes entendem que existe referência e contrarreferência na rede, embora nem sempre adequada:

Ocorre pouco entre os nossos próprios serviços, talvez porque dentro da SMS temos acesso ao [sistema de registro eletrônico – prontuário] e as informações do usuário estarão lá, o que ocorre é que ainda assim, muitas vezes esses registros são incompletos, não apresentando uma preocupação de cuidado compartilhado com a equipe (E5).

De forma indireta, dentro dos serviços de saúde de [município do estudo], quando registro do atendimento é realizado de forma clara, demonstrando entre outras coisas as hipóteses diagnósticas e plano terapêutico (E7).

Em poucas situações, dependendo sempre da boa vontade dos profissionais, mais presente na atenção primária e secundária - consultas especializadas (E55).

Outros participantes entendem que não há contrarreferência na rede apenas referência. Estes últimos justificam que este fluxo ocorre apenas em casos específicos, como podemos observar em algumas falas, que identificam como um entrave o registro de informações sobre os atendimentos realizados e as condutas dos profissionais.

Referência sempre, contrarreferência muito raro, depende do perfil do profissional que o atende (E10).

Quanto a referência realizo encaminhamentos para NASF [Núcleo de Apoio a Saúde da Família], CAPS [Centro de Atenção Psico-Social], UPA, atenção hospitalar, entre outros. Porém a contrarreferência é praticamente inexistente (E38). A referência existe pois os pacientes levam encaminhamento informando o motivo do mesmo quando são avaliados por profissionais da saúde, mas a contrarreferência geralmente não acontece (E47).

Identifica-se no estudo que parte dos profissionais compreendem o conceito de referência e contrarreferência, os fluxos que tem à disposição para realizar essa etapa do atendimento, assim como o momento em que se faz necessário o encaminhamento.

No fluxo de recebimento e encaminhamento de usuários dos serviços buscando a melhor atenção dentro dos princípios SUS (E11).

Realizamos referência sempre que acreditamos necessário o encaminhamento a unidades de pronto atendimento ou hospitalar. Recebo contrarreferência quando ocorre atendimento em emergência relacionado as tentativas de suicídio (E63).

Na necessidade de encaminhar situações de emergência (E62).

Observou-se que o trabalho desenvolvido pelos profissionais da rede é realizado em pares, com avaliação conjunta do enfermeiro e do médico quando da necessidade da referência e contrarreferência, ou ainda, encaminhando o usuário para consulta médica imediata ou orientando o usuário quanto a gravidade do caso e os cuidados que precisam ser feitos ou observados.

Em relação a situações em que o usuário necessita de procedimento de enfermagem, os enfermeiros resolvem a situação apresentada.

Se for uma troca [sonda] de rotina e eu tiver material disponível, eu mesma realizo. Assim como a SNE [Sonda Nasoenteral] ou SNG [Sonda Nasogástrica] (E82).

Realizo a troca [sonda] respeitando o intervalo/frequência da troca de acordo com prescrição médica descrita. (E72).

Questiona tempo de sondagem, características da mesma, sinais de alerta, interconsulta e troca de sonda se indicado naquele momento (E4).

Um grupo de enfermeiros das unidades de média complexidade aproveitam a oportunidade de atendimento para a contrarreferenciar o usuário para continuar o atendimento e o acompanhamento na APS.

Faria a passagem no dia [sondagem] e após contrarreferenciar o paciente a unidade básica. Comunicando o enfermeiro da área (E54).

Troco [sonda] e oriento atendimento da UPA e estímulo uso ULS [Unidade Local de Saúde] (E9).

Fluxo de referência e contrarreferência na realidade atual

De acordo com o fluxo atual da SMS, os integrantes do estudo relatam que encaminham, na maioria das vezes, o usuário para um serviço de maior complexidade quando a gravidade é maior do que sua unidade suporta, quando existe a necessidade de uma tecnologia que sua unidade não dispõe ou quando não há profissional adequado para realizar o

atendimento. Outros fatores foram citados em menor número, tais como: de falta de material para atender o usuário; falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar; falta de tempo para atender o usuário e falta de espaço físico para atender o usuário. Um participante refere nunca ter necessitado encaminhar um usuário.

Quando questionado sobre como ele faz atualmente este encaminhamento para uma complexidade diferente da unidade dele, como resultado obteve-se três opções que podem ocorrer concomitantemente ou isoladamente. Entre elas encontramos “encaminhamento realizado através de uma carta de referenciamento ou contrarreferenciamento para o profissional que irá recebê-lo na outra unidade”.

Costumo preencher ficha de encaminhamento contida no [sistema de registro eletrônico – prontuário]. Também, com certeza, já ocorreu orientações apenas verbais (E76).

Foram citados também a “orientação do usuário para procurar o serviço e realizado o registro no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) do usuário relatando o ocorrido e justificando o referenciamento ou contrarreferenciamento” e, “contato telefônico com o profissional que irá recebê-lo na outra unidade”.

Casos graves é realizado contato telefônico, acompanhamento por um profissional e na maioria das vezes com nosso próprio carro ou de familiar, e com carta de encaminhamento. Casos menos graves sempre orientamos o retorno no próprio CS ou em outra unidade em horário extra, no caso de piora ou sinais de risco ou na ausência de profissional adequado no CS (E93).

Registro no [sistema de registro eletrônico – prontuário] durante o atendimento e a referência, constando nome do profissional que aceitou o encaminhamento (E22).

Um aspecto importante abordado por um enfermeiro que atua na UPA foi o entendimento da impossibilidade do enfermeiro realizar encaminhamento de usuários que não foram avaliados pelo profissional médico para atendimento em outras unidades, como orientam os conselhos profissionais das duas categorias. Este pensamento gera insegurança a estes profissionais, que se veem refém dos médicos, limitando autonomia do enfermeiro da UPA, que não pode liberar ou encaminhar o usuário para outras unidades de saúde, após realizar a classificação de risco,

Não encaminhamos pacientes sem antes passar pelo médico. Como não temos protocolo, todos os pacientes são encaminhados para consulta médica que avalia e encaminha. Pela falta de fluxo sigo a portaria 423 de 2012 do COFEN, o parecer COREN SC 009/2015 e resolução CFM n. 2079 de 14 de agosto de 2014 que: "torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares". Ainda, destaca que todo paciente nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados à outras unidades por profissional não-médico (E37).

Porque uma vez classificado, protocolado dentro da classificação de risco, ele [enfermeiro] não vai poder mandar embora, ele [usuário] tem que passar pelo médico, nem que seja só para dar tchau para ele (ND1).

A questão do CFM diz isso que ele até pode ser monitorado pelo enfermeiro mas que ele não pode liberar sem o médico olhar (ND1).

Contudo, em outras falas observamos profissionais que expressam opinião contrária a esta, afirmando que há brechas na orientação do Conselho Federal de Medicina (CFM) e que o Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC) manifestou-se sobre esta situação, respaldando os enfermeiros a realizarem o encaminhamento em alguns casos.

(...) ele [CFM] fala que só pode ser não pode ser liberado, o paciente sem passar pelo médico em urgências hospitalares, então na UPA o paciente pode ser liberado pelo enfermeiro (ND2).

Então, saiu no parecer (COREN) que os municípios que tem protocolo instituído, onde o enfermeiro tem autonomia para prescrição medicamentosa (...) que eles estão respaldados e resguardados pelo COREN para fazer essa conduta de manejo clínico, inclusive encaminhar o paciente (ND1).

Facilidades no sistema de referência e contrarreferência

Dentre as facilidades percebidas pelos participantes do estudo no sistema de referência e contrarreferência, foram apontados a existência de Sistema de Registro Eletrônico (prontuário).

O [sistema de registro eletrônico – prontuário] nos auxilia muito, pois as informações estão todas interfaciadas (E17).

Existência de [sistema de registro eletrônico – prontuário] facilita o referenciamento de pacientes da atenção básica para a média complexidade, permitindo o entendimento do porque do encaminhamento e também a história do paciente (E51).

Dinamiza e concretiza a informação, pois muitas vezes o paciente não sabe informar corretamente o que lhe foi dito na consulta, tratamento ente outros (E54).

O [sistema de registro eletrônico – prontuário] único num sistema integrado, é uma facilidade que não deixa de ser um sistema de referência e contrarreferência, quando bem registrado (E80).

Alguns participantes citaram ainda, os benefícios trazidos pelo sistema de referência e contrarreferência para o usuário: diálogo, corresponsabilização do cuidado, continuidade da assistência, resolutividade, integralidade.

Diálogo e corresponsabilização do cuidado (E36).

A referência e contrarreferência permite um acompanhamento adequado para a continuidade da assistência ao paciente (E38).

A possibilidade de dar continuidade ao tratamento e cuidados ao paciente (E55).

Aumento da resolutividade no atendimento da demanda do usuário; entendimento dos caminhos e condutas escolhidas pelos profissionais e equipes (alinhamento de condutas); melhora da comunicação entre profissionais evitando mal entendidos e críticas indevidas; efetivação da coordenação, da integralidade e da continuidade do cuidado; profissionais e usuários satisfeitos (E58).

Dificuldades no sistema de referência e contrarreferência

As dificuldades apontadas na referência e contrarreferência são: falta de padronização deste fluxo, falta de comprometimento do profissional, falta de contato entre profissionais, ausência de um Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) unificado entre todos os níveis de

atenção.

Percebe-se que profissionais que atuam na APS e UPA trazem dificuldades e justificativas diferentes, provavelmente por estarem em pontos diferentes da RAS.

Os profissionais que trabalham nas UPAs referem a dificuldade que o usuário tem em acessar a APS e de como é complicado contrarreferenciá-los para atendimento em seu CS de origem.

Dificuldade em contrarreferenciar a atenção básica, por questão de vaga nas agendas das unidades [centros de saúde] (E24).

Dificuldades de acesso do cliente. Por exemplo, mesmo que o paciente seja orientado e encaminhado para o CS por condição de saúde crônica, não é garantido que o mesmo conseguirá vaga para atendimento no CS (E30).

Para os profissionais que atuam na APS observa-se a queixa de ausência de um fluxo consolidado, a falta de registro de informações nos Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), dificuldade de vaga para referenciar o usuário aos demais níveis de atenção e de entrar em contato com os profissionais a quem referenciam usuários e de quem recebem a contrarreferência.

Ausência de instrumento próprio, ou registro incipiente sobre acompanhamento do usuário (E8). Não há uma padronização desta [fluxograma de referência e contrarreferência], muitos utilizam a evolução do [sistema de registro eletrônico – prontuário], outros o ícone encaminhamento do [sistema de registro eletrônico – prontuário] eletrônico, muitos utilizam a referência em papel sem registro no [sistema de registro eletrônico – prontuário], ainda há os que utilizam se de telefone (...) (E74).

Falta de ferramentas e fluxos formalizados de referência e contrarreferência; falta de alinhamento das condutas entre os níveis de atenção; falta de conhecimento do trabalho realizado nos níveis de atenção (o que cada um faz, quais os seus limites); Comunicação ruidosa entre profissionais, gerando críticas entre os serviços; equipes incompletas - sobrecarga dos profissionais (E58).

Aspectos essenciais a um fluxograma de referência e contrarreferência

Foram identificados na coleta de dados algumas opções de ferramentas que devem compor um fluxograma de referência e contrarreferência. Entretanto, estas ferramentas receberam opiniões contraditórias entre os participantes, tanto a favor como contra. Como podemos visualizar a seguir:

- Um formulário impresso em papel, documento preenchido no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), com dados do usuário e da indicação do encaminhamento. Esse impresso deve ser encaminhado com o usuário para que este, entregue ao profissional que irá recebê-lo na unidade de saúde referenciada.

Formulário prático e rápido (E87).

Documento padrão com as informações informatizado mas com cópia impressa ao paciente (E84).

Penso que a carta seria uma boa opção, sendo reforçado/estabelecido este fluxo junto as UBS. Estaríamos fortalecendo uma prática já implantada, que é o agendamento via acolhimento e dando ao usuário e a equipe de APS mais uma oportunidade de vínculo (E41).

A gente sabe que precisa depois dar desenvolvimento, porque, na minha opinião, tudo que é papel não devia existir (...) as pessoas adoram papel (...) onde vai armazenar depois? (ND4).

Eu sei que é fácil, eu pego um papel preencho entrego para o cara e digo entrega lá, mas não tem codificação de dado, (...), não consigo saber por onde este paciente passou (...) eu não tenho com padronizar, eu não tenho um registro oficial, porque papel pode ser rasgado e ele nunca existiu (ND4).

- Alertas no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) colocados em mensagens eletrônicas indicando usuários que precisam de busca ativa ou que buscaram por atendimento na UPA e necessitam de atendimento no CS de origem, a fim dar continuidade ao cuidado. Esses comunicados aparecem para o profissional ao abrir o Sistema de Registro Eletrônico (prontuário).

Alerta no [sistema de registro eletrônico – prontuário] também acho bem interessante, visto que pode trazer um olhar diferenciado do profissional/equipe no atendimento (...) (E41).

Alerta no [sistema de registro eletrônico – prontuário], quando abre aquele negócio, fulana deve agendar preventivo, (...) o que a gente faz? Clica não para fechar! (...) e-mail, chat de conversa, telefone, dos três, telefone é o melhor que tem e o mais prático que tem nesse caso, neste período (ND2).

- Contato entre os profissionais (principalmente o telefônico), consenso entre os participantes, que além do formulário eletrônico impresso, é necessário o contato telefônico de enfermeiro para enfermeiro, a fim de garantir a que a unidade tem condições de realizar o atendimento do usuário encaminhado, bem como para passar o quadro clínico deste usuário.

Conseguir contato diretamente com a unidade (por ex: um chat online através do sistema utilizado para prontuário eletrônico) (E75).

De posse de ferramenta que identifique a equipe do usuário com seus contatos mediante seu endereço e ainda de uma intranet no [sistema de registro eletrônico – prontuário] que permita o contato entre os enfermeiros (E44).

Contato telefônico sempre acho interessante, para casos específicos mais complexos, aproximando serviços e a equipe do caso (...) (E41).

- Relatórios de atendimento, que indicam ao profissional os usuários de sua área de abrangência que buscaram por atendimento na UPA e necessitam de agendamento no CS de origem, a fim dar continuidade ao cuidado.

Relatório de atendimento por área dos atendimentos ambulatoriais realizados na UPA poderia ser interessante para acesso e estudo da equipe (...) (E41).

- Reserva de agenda com horários disponíveis para atendimento no CS de origem dos usuários classificados como “baixo risco – azul” pela UPA, de modo a assegurar a consulta. Com permissão de acesso ao sistema de vagas nos CSs para que o profissional da UPA visualize a disponibilidade de vagas para atendimento.

Penso que a disponibilização de horários de atendimento na agenda dos profissionais não resolveria, visto que estaria indo um pouco contra ao que temos tentado implantar na APS relacionado a porta de entrada, agenda e acesso (sem divisão da agenda em demandas específicas

para dar mais espaço para o agendamento via acolhimento). Poderia também gerar demanda de outras áreas (média complexidade) e estaríamos novamente dividindo a agenda em vários pedaços e sobrando pouco espaço para os atendimentos que chegam no dia nas Unidades. E se não houver espaço para acolher os pacientes do dia, eles vão para UPA e vira um ciclo sem fim. Além do risco de gerar uma lista de espera (E41).

- Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) na rede municipal de saúde, possibilitando o acesso de todo o histórico de saúde e doença do usuário em diversos pontos desta rede, sendo uma tecnologia importante e fundamental em um sistema de referência e contrarreferência.

Necessitamos que seja institucionalizados os meios formais de encaminhamentos de referência e contrarreferência focados no [sistema de registro eletrônico – prontuário] eletrônico assim como e-mails das unidades e equipes (E79).

Um fluxo simples, mas completo no que se refere as condutas tomadas pelos colegas, bem como que possa ficar registrado no [sistema de registro eletrônico – prontuário] eletrônico do usuário, quem sabe em uma área específica direcionada para esta metodologia (E58).

- Padronização e utilização de protocolo clínico para realização de atendimento com necessidade de referência e contrarreferência, orientando o manejo clínico de forma segura e eficaz, baseado em literatura atualizada e vista como melhor prática. Preservando a segurança do usuário e o respaldo para o profissional realizar a referência e contrarreferência na rede municipal de saúde.

Gostaria de fluxos bem definidos e usados por todos os profissionais. De preferência usando o [sistema de registro eletrônico – prontuário] (E13).

- Educação permanente de sensibilização dos profissionais envolvidos para a importância da referência e contrarreferência, com o objetivo de melhorar este fluxo, bem como para promover a aproximação dos profissionais que compõe a rede, em vários níveis de atuação.

Atividades de sensibilização dos profissionais para efetivarem a pratica (E88).

Aproximação dos profissionais/instituições (UPA-CS), reunião de troca e avaliação dos dados por CS,

melhorar a comunicação entre os profissionais (E93).

DISCUSSÃO

A referência e a contrarreferência coloca-se como um desafio à construção da integralidade em saúde. A busca pelo atendimento integral e integrado exige uma mudança das práticas de saúde nos níveis de atenção, tanto institucional, como na organização e articulação dos serviços de saúde e, nas práticas dos profissionais da área, exigindo a interação com os demais sistemas da saúde (AUSTREGÉSILO et al., 2015; BARATIERI et al., 2017; PEREIRA; MACHADO, 2016).

Confirma-se com este estudo, que na prática diária a referência e a contrarreferência entre as unidades ocorre de forma desarticulada, e até certo ponto, informal.

Percebe-se em outros estudos que os habituais instrumentos de comunicação utilizados para encaminhamentos dos usuários de um nível para outro, não dão conta da realidade (PEREIRA; MACHADO, 2016; WÅHLBERG et al., 2015).

Até mesmo no período diurno, em que ambas as unidades estão funcionando, não há formato de comunicação determinado. Não existem fluxos formais para referenciar usuários da APS para as UPAs, nem mecanismos facilitadores do acesso às UPAs de usuários previamente avaliados na APS. Este mesmo dado foi achado por um estudo realizado em município do Rio de Janeiro (KONDER; O'DWYER, 2016).

Destaca-se ainda a inexistência ou insuficiência de elo entre a APS aos serviços de outros níveis, uma vez identificado que não há contrarreferência ou retorno monitorados. Essa realidade é discutida também em estudos realizados por outros autores (PEREIRA; MACHADO, 2016; WÅHLBERG et al., 2015).

Em Piracicaba/SP, uma pesquisa encontrou um dado semelhante a esta pesquisa, em que, apesar da maioria dos usuários tenham retornado para a APS, houve um contingente que não retornou, ou seja, não se concretizou a contrarreferência (BORGHI et al., 2013). Fato que significou entraves à integralidade, na medida em que não houve continuidade da atenção.

É fundamental a reflexão sobre a organização da contrarreferência dos usuários para a APS, no sentido de se garantir a integralidade do cuidado, fator primordial para assegurar a longitudinalidade e a qualidade do atendimento (BORGHI et al., 2013).

Encontramos nesta pesquisa que os participantes têm conhecimento, reconhecem a responsabilidade e importância do ao

sistema de referência e contrarreferência. Apesar de observar-se dado divergente dessa realidade no Recife, que abordou em uma outra pesquisa a temática dentro da odontologia, onde se observou o pouco conhecimento dos profissionais quanto ao sistema de referência e contrarreferência (AUSTREGÉSILO et al., 2015).

Levantando questionamentos do tipo: os profissionais enxergam o seu real papel dentro da rede, ou o enxergam de maneira insuficiente? Onde se encontra a falha? Serão poucas atividades de educação permanente ou falta de interesse pessoal e motivação? Ausência ou pouca presença da gestão? (AUSTREGÉSILO et al., 2015).

No Brasil, estima-se que 80% dos problemas de saúde da população devem ser resolvidos na APS. Os casos não resolvidos na APS (cerca de 15%) deveriam ser encaminhados para centros de especialidades (atenção secundária) ou para o nível terciário (5% restantes) (BRAGA et al., 2013).

Na pesquisa realizada na cidade de Água Doce/SC identificou que a APS deste município atingiu 97,24% de resolutividade e que apenas 2,71% necessitaram de encaminhamento para atenção secundária (BRAGA et al., 2013).

Essa boa resolutividade na APS foi descrita por outros autores, como consequência da composição das equipes de profissionais, da existência de uma rede hierarquizada e integrada de serviços com sistema de referência e contrarreferência garantindo a integralidade da atenção à saúde; criação de ambiente e condições de trabalho adequados para o atendimento, prestação de cuidados e desenvolvimento de ações promocionais de saúde interativas com a comunidade (BRAGA et al., 2013; ERDMANN et al., 2013).

Encontrou-se neste estudo, que o profissional encaminha o usuário para uma unidade de maior complexidade para continuar um atendimento que não pode realizar, em virtude da complexidade exigida pelo caso ou devido o horário de fechamento da CS. Já o profissional de uma esfera mais complexa de atenção orienta o usuário a procurar a APS na necessidade de um procedimento de menor complexidade.

Corroborando com este dado encontrado, estudo realizado em Belo Horizonte/MG descreveu que a referência pode ser desencadeada devido aspectos temporais; tamanho e complexidade do problema; capacidade de resolubilidade, qualidade ou consultoria entre clínico e especialista; aspectos médico-legais, como interesses ou necessidades do usuários; avaliação da evolução do problema; existência e qualidade de protocolos (MOURA et al., 2015).

Para efetivação da RAS, a APS precisa ter a capacidade de atender de, modo oportuno, a demanda de um usuário, em especial, acolher os sofrimentos agudos dos usuários que buscam o serviço, desempenhando a função de porta de entrada preferencial da rede (JUNIOR; PINTO, 2014).

Contudo, o modo como acontece este acesso para o atendimento e a insuficiência de normativas que orientem este fluxo de usuários na rede, parecem revelar uma APS que, na maior parte dos casos, não está organizada para ordenar o trânsito na RAS, fato também observado por outro autor (JUNIOR; PINTO, 2014).

Em se tratando de instrumentos de encaminhamentos para referência e contrarreferência os resultados encontrados no presente estudo não diferem da literatura encontrada. A ferramenta mais utilizada é o formulário de encaminhamento. Entretanto, este instrumento ainda se mostra frágil na RAS, uma vez que permanece a ineficiência do preenchimento com sentido de relatar informações importantes sobre as possíveis intervenções realizadas na unidade e as motivações que justificam seu encaminhamento. Tais resultados estão presentes também em outros estudos (ALLER et al., 2013; PEREIRA; MACHADO, 2016; WÅHLBERG et al., 2013, 2015; XIANG et al., 2013).

Um aspecto importante da discussão que surgiu neste estudo diz respeito as orientações dos conselhos profissionais quanto aos limites nas atribuições e na divisão do trabalho entre médicos e enfermeiros. As opiniões sobre este assunto recebem discursos com visões contraditórias entre os profissionais, sendo que alguns defendem a ampliação da autonomia na conduta dos enfermeiros das UPAs durante a realização do AACR e outras que ressaltam os limites dessa atuação e reforçam a questão do ato médico.

O Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC) vem acompanhando essa discussão e se manifestaram através da Resposta Técnica nº050/CT/2017, respaldando o enfermeiro a encaminhar o usuário classificado com o risco “verde” e/ou “azul”, sem a necessidade de passar por consulta médica, desde que, seja garantido um “encaminhamento seguro” (COREN/SC, 2017).

Este “encaminhamento seguro” é descrito pelo órgão como sendo diferente da “dispensa do usuário sem avaliação médica”, para tanto, o usuário deve ter seu atendimento em outra unidade de saúde garantido, através do referenciamento ou contrarreferenciamento para um atendimento imediato ou programado, dependendo da classificação de risco e da avaliação do enfermeiro. Ainda acrescenta, que os enfermeiros que atuam em municípios com protocolos clínicos instituídos estão

respaldados em suas condutas clínicas frente às condições de usuários que procuram o serviço na forma de demanda espontânea, podendo utilizá-los, conforme determina o arcabouço legal da profissão da enfermagem (COREN/SC, 2017).

Seguindo este raciocínio, o enfermeiro da SMS a que este estudo se refere, encontra-se neste perfil descrito na resposta técnica. Um aspecto que pode contribuir para diminuir essa polêmica e dar mais segurança aos usuários e aos profissionais enfermeiros que realizam o AACR é a implantação de fluxograma institucional padronizado para a referência e contrarreferência.

Usuários classificados como casos ambulatoriais devem acessar aos serviços de saúde pela principal porta de entrada na RAS, a APS, seguindo os princípios do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da universalidade e da humanização, além de terem suas demandas respondidas (AUSTREGÉSILO et al., 2015; CASSETTARI; MELLO, 2017; RISSARDO et al., 2016).

O enfermeiro, juntamente com sua equipe, possui autonomia e competência para ser agente de transformação na APS, uma vez que a educação em saúde é parte de sua atuação, além da gestão e organização dos atendimentos e orientações para a clientela da área adstrita em que atua (RISSARDO et al., 2016).

Para a SMS pesquisada, o grande facilitador do fluxo atual de referência e contrarreferência é o Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) utilizado. Essa tecnologia também é citada na literatura, como necessária dentro do componente logístico, e vista como uma boa prática institucional, por possibilitar o registro de procedimentos e informações eletronicamente, disponibilizando o acesso das mesmas informações pela RAS. (ERDMANN et al., 2013; MENDES, 2011).

Acrescenta-se ao componente logístico, o estabelecimento de fluxos de acesso bem delineados e investimentos para a capacitação dos profissionais, com articulação interna entre os diferentes pontos de atenção e ampliação do acesso a consultas, procedimentos especializados e atendimento de livre demanda. Além da manutenção de uma boa relação entre a APS e outros níveis, sendo um fator condicionante para resolutividade do cuidado (ERDMANN et al., 2013).

Nesse sentido, aponta-se que o sistema público de saúde brasileiro vem desenvolvendo instrumentos de gestão, pensando no direito à saúde, no acesso e na integralidade da rede de saúde e das práticas assistenciais. Dentre eles, podemos citar as experiências de uso de Sistema de Registro

Eletrônico (prontuário), protocolos assistenciais, e de complexos de regulação (QUEVEDO et al., 2016).

A assistência integral é um aprendizado coletivo, sendo fundamental repensar o processo e os instrumentos de trabalho, para que cada vez mais a prática profissional se aproxime dessa corresponsabilização do cuidado (RAIMUNDI et al., 2016).

A construção da integralidade requer o fortalecimento e desenvolvimento de um sistema de referência e contrarreferência, e as dificuldades apresentadas nesse sentido são, definitivamente, seus entraves. Superar, ou, ao menos, amenizar esses entraves pode abreviar a distância entre o usuário e a resolução de suas necessidades (BORGHI et al., 2013).

Deste modo, para que tal modelo de assistência à saúde seja efetivo e resolutivo, é importante melhora da coordenação do cuidado, que se dá a partir do reconhecimento das responsabilidades de cada ponto de atenção, e da comunicação efetiva entre eles (AUSTREGÉSILO et al., 2015; BARATIERI et al., 2017; ERDMANN et al., 2013; JUNIOR; PINTO, 2014; MOURA et al., 2015; PEREIRA; MACHADO, 2016; RAIMUNDI et al., 2016).

Quatro características para a interligação entre a APS e a média complexidade foram apontadas em outra pesquisa: 1) acesso indiscriminado e sem barreiras após encaminhamento; 2) sistema de referência, por meio do qual todo serviço não disponível na atenção básica seja ofertado; 3) encaminhamento eficiente e adequado com contrarreferência para a APS ao término do atendimento; 4) retorno facilitado à média complexidade sempre que necessário (BORGHI et al., 2013).

Neste sentido, o estudo coletou importantes informações e sugestões para elaboração e sustentação de uma proposta para o fluxograma de referência e contrarreferência entre a APS e UPAs apresentada a gestão administrativa, com possibilidade concreta de viabilização e implantação.

Esquematizar o processo de planejamento das ações e serviços em conjunto com os profissionais da ponta e diretorias da gestão administrativa, quer na definição de prazos, quer na avaliação das ações em busca de melhoria contínua, são metas que devem ser almejadas pelos profissionais, seguida pelo melhoramento de fluxos e contrafluxos de atendimento (ERDMANN et al., 2013; JUNIOR; PINTO, 2014).

Portanto, visando padronizar esse trânsito do usuário dentro da rede municipal, principalmente, entre a APS e a UPA, o profissional deve adotar o preenchimento do formulário padronizado no Sistema de

Registro Eletrônico (prontuário), com cópia impressa para o usuário e realização de contato telefônico com profissional que irá recebê-lo.

Além disso, o Ministério da Saúde vem estimulando e expandido também os cursos no Telessaúde, como estratégia importante para a formação e educação permanente e apoio clínico, visando à melhoria da qualidade do atendimento, à ampliação da resolubilidade e do escopo de ações ofertadas pela RAS, e à mudança das práticas e organização do processo de trabalho (BAIÃO et al., 2014; JUNIOR; PINTO, 2014).

CONCLUSÕES

A referência e a contrarreferência ainda são vistas como entraves a integralidade do cuidado e exige uma mudança na prática, não só a padronização de fluxos, mas também a conscientização dos profissionais envolvidos em todos os pontos da RAS.

O profissional na SMS estudada identifica que, hoje, este fluxo é informal e desarticulado, mas consegue visualizar qual deveria ser o trânsito ideal deste usuário na rede, bem como, percebe como sua atuação é importante e prejudica o usuário quando não há responsabilização do cuidado e a comunicação eficaz entre os pontos da RAS.

Dificuldades são observadas em todas as esferas e não há um sistema ideal, pois o bom funcionamento desta rede integrada depende da colaboração de todos, inclusive do usuário. Através de uma ação planejada de forma conjunta, com parceria entre profissionais, categorias e gestão, todas organizadas para articular, padronizar e responder às necessidades e demandas da população.

Observamos que o fluxo, mesmo que informal, acontece em ações isoladas e tem sido cada vez mais difundido e estimulado, não estando distante do preconizado, precisando de ajustes operacionais, capacitações e incentivo institucional.

Um passo importante para a efetivação da continuidade do cuidado já foi dado, e é visto como um grande facilitador, o Sistema de Registro Eletrônico (prontuário). Tecnologia apontada como essencial dentro do componente logístico, sem o qual esta integração não é possível.

Precisamos caminhar para que esta integração de informações com o histórico de atendimentos do usuário, através do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), seja ampliado em nível estadual, já que é comum o fluxo de usuários entre serviços das esferas municipais e estaduais, pois os serviços precisam um do outro a fim de dispor dos recursos necessários para prestar assistência contínua e integral em todas as fases da vida do usuário.

Outro passo importante para auxiliar a integração é o incentivo a comunicação entre os profissionais, favorecendo e facilitando a continuidade do cuidado, ampliando o acesso do usuário em unidades de saúde de várias complexidades, em qualquer direção.

REFERÊNCIAS

- ALLER, M.-B. et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 3, p. 207–213, 2013.
- AUSTREGÉSILO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111–3120, 2015.
- BAIÃO, B. DE S. et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 291–302, 2014.
- BARATIERI, T. et al. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaço para a Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54–63, 2017.
- BORGHI, G. N. et al. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Rfo Upf**, v. 18, n. 2, p. 154–159, 2013.
- BRAGA, D. C. et al. Resolutividade da Atenção Básica no município de Água Doce, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 2, p. 70–74, 2013.
- CASSETTARI, S. DA S. R.; MELLO, A. L. S. F. DE. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017.
- COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Classificação de risco e dispensa de pacientes por Enfermeiros. Resposta técnica 050/CT, 2017.
- ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 1518–8345, p. 9, 2013.
- JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, v. 51, p. 14–29, 2014.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Ação**, v. 20, n. 59, p.

879–892, 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MOURA, J. DE A. et al. Avaliação dos relatórios de referência recebidos em um serviço público universitário de Endocrinologia de Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 208–215, 2015.

OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–7, 2013.

PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.

QUEVEDO, A. L. A. DE et al. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 47–57, 2016.

RAIMUNDI, D. M. et al. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. Specialissue, p. 130–138, 2016.

RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. e941, p. 1–8, 2016.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. DA. **Pesquisa convergente assistencial: deliniamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: MORIA, 2014.

WÅHLBERG, H. et al. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 14, n. 7, p. 2–8, 2013.

WÅHLBERG, H. et al. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 353, p. 2–10, 2015.

XIANG, A. et al. Impact of a referral management “ gateway ” on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 2–7, 2013.

4.3 PRODUTO: FLUXOGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA ENTRE APS E UPA

A integralidade é uma condição a ser perseguida e aprimorada na atenção à saúde. Implica em acesso, ao direito de atenção no momento em que o usuário necessitar e no nível de atenção adequado. Para que ocorra, é necessário dentre muitos fatores, da integração de serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma vez que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e das competências necessários para a solução da totalidade dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (QUEVEDO et al., 2016).

Sistemas organizados em diferentes níveis de atenção, como a RAS, necessitam de um efetivo sistema de referência e contrarreferência para viabilizar seus fluxos entre as diversas esferas que os compõem (MENDES, 2011).

A referência se caracteriza pelo encaminhamento do usuário, de um nível de atenção de menor complexidade para outro de maior grau de complexidade. A contrarreferência configura-se pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para outro de menor complexidade, ou seja, quando a continuidade do tratamento necessite de menos recursos tecnológicos e terapêuticos (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Redes e fluxos supõem sentido e direção, logo pessoas e serviços se deslocam territorialmente, de forma organizada e regulada, na qual o principal intercâmbio de informações é através da carta de referência ou contrarreferência, geralmente impressa e/ou escrita (WÄHLBERG et al., 2013, 2015; XIANG et al., 2013).

Os instrumentos para a referência e a contrarreferência têm sido ampliados com base nas necessidades atuais e na evolução tecnológica, destacando-se a introdução de registros de saúde eletrônicos (WÄHLBERG et al., 2015).

No caso específico em estudo, o fluxograma de referência e contrarreferência elaborado para uso dos enfermeiros lotados nestes pontos das RAS, visa regular e padronizar o fluxo de usuários entre Atenção Primária à Saúde (APS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), nas situações em que o usuário procura o serviço por demanda espontânea.

Este material foi construído durante a prática assistencial realizada com a contribuição dos enfermeiros e residentes de enfermagem da SMS/PMF que participaram desta pesquisa, bem como, dos enfermeiros integrantes da Comissão de Sistematização da

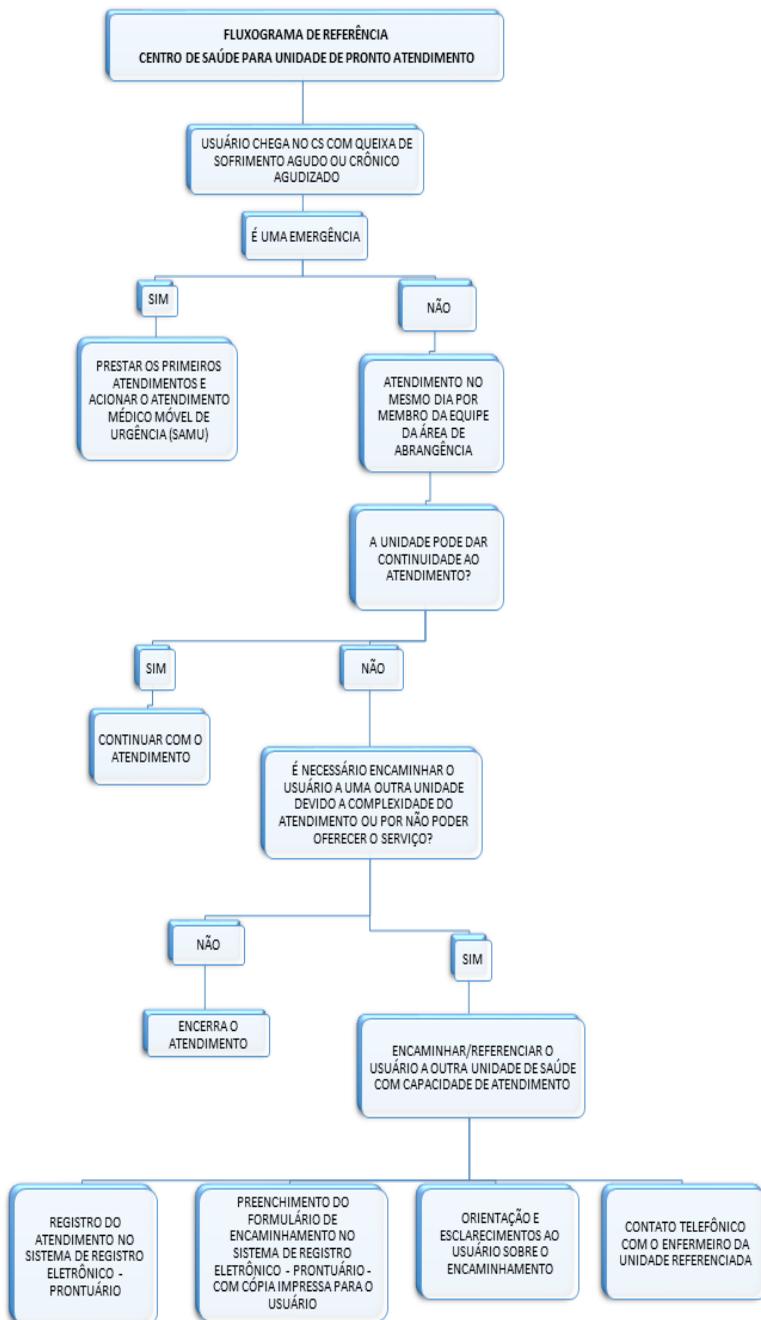
Assistência em Enfermagem (CSAE) da SMS, e é destinado ao uso de todos os enfermeiros da rede municipal de saúde.

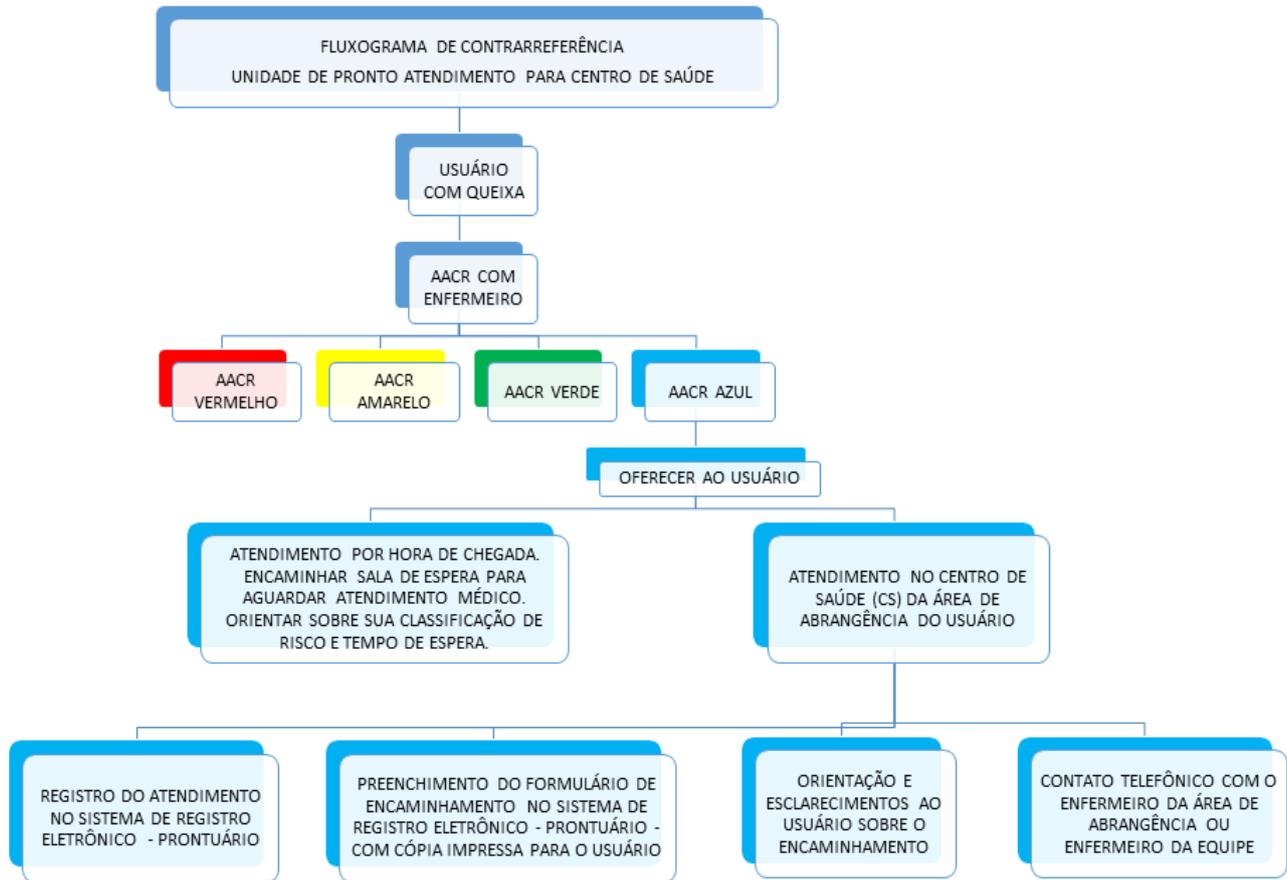
Os dados foram coletados a partir de um questionário eletrônico, construído com base na literatura utilizada para a concepção da pesquisa, avaliando o conhecimento dos profissionais sobre referência e contrarreferência, as ações praticadas atualmente e, coletando as sugestões e as expectativas destes participantes.

Com os dados gerados pelo questionário eletrônico realizou-se um grupo de discussão para desenvolver um processo reflexivo com os enfermeiros sobre a importância da utilização de um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs.

A compilação e análise do questionário eletrônico e do grupo de discussão foram utilizados para propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs, produto final desta pesquisa.

Esta proposta de fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs para o município de Florianópolis permite formalizar e sistematizar aquilo que os enfermeiros já reconhecem como necessário para a efetivação da integralidade e continuidade do cuidado.





RECOMENDAÇÕES PARA REFERENCIAR OU CONTRARREFERENCIAR O USUÁRIO A OUTRA UNIDADE DE ATENDIMENTO ADEQUADAMENTE

(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2016)

- Orientar o usuário que pode retornar a qualquer momento se o encaminhamento atrasar, sua condição piorar ou se tiver perguntas ou preocupações.
- Registrar o atendimento no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) do usuário, gerar, preencher e imprimir o Formulário de Encaminhamento, disponível no Sistema de Registro Eletrônico (prontuário). Fazer o contato telefônico com o enfermeiro/serviço a qual está referenciado o usuário.
- Garantir que o Formulário de Encaminhamento contenha todas as informações relevantes, como o motivo do encaminhamento, problemas / sintomas / diagnósticos / necessidades atuais; contato do profissional que está encaminhando para facilitar/possibilitar o contrarreferenciamento.
- Evitar o encaminhamento verbal ou sem o preenchimento do Formulário do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário), pois o registro oficial é necessário para o rastreamento dos encaminhamentos realizados, a avaliação e melhoria fluxograma.

REFERÊNCIAS

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.

QUEVEDO, A. L. A. DE et al. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 47–57, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção primária à Saúde. Versão Florianópolis. **PACK**, p. 120, 2016.

WÅHLBERG, H. et al. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 14, n. 7, p. 2–

8, 2013.

WÅHLBERG, H. et al. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 353, p. 2–10, 2015.

XIANG, A. et al. Impact of a referral management “ gateway ” on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 2–7, 2013.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente estudo que teve por objetivo de propor um fluxograma de referência e contrarreferência entre APS e UPAs para o município de Florianópolis, partindo da contribuição dos enfermeiros, profissionais que mantêm um primeiro contato com os usuários nas portas de entradas dessas unidades, tecemos as algumas considerações, descritas a seguir.

Como dificuldades os profissionais identificaram a falta de padronização para o fluxo de referência e contrarreferência entre APS e UPAs, falta de comprometimento do profissional, falta de contato entre profissionais, e ausência de um Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) unificado entre todos os níveis de atenção.

Essas limitações são observadas em todas as esferas de atenção e entende-se que as ações para o bom funcionamento desta rede integrada dependem da colaboração de todos, inclusive do usuário. É preciso uma ação planejada, com parceria entre profissionais e gestão, para articular ações em prol da efetivação da rede, padronizar fluxos e responder às necessidades e demandas da população.

Identificou-se que os motivos que levam os profissionais a encaminharem o usuário para uma unidade de maior complexidade está de acordo com o previsto e se dá em função da complexidade do caso ou devido aos limites de horário de funcionamento da unidade. E o profissional de uma esfera mais complexa de atenção orienta o usuário a procurar a atenção primária na necessidade de um procedimento de menor complexidade.

Em se tratando de instrumentos de encaminhamentos para referência e contrarreferência, a ferramenta mais utilizada é o formulário de encaminhamento. Entretanto, este instrumento ainda se mostra frágil uma vez que permanece a ineficiência do preenchimento com sentido de relatar informações importantes sobre as possíveis intervenções realizadas na unidade e as motivações que justificam seu encaminhamento. O grande facilitador do fluxo atual de referência e contrarreferência é o Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) utilizado.

Para os integrantes do estudo o fluxo de referência e contrarreferência ocorre informalmente e de modo desarticulado, porém estes profissionais conseguem visualizar qual o trânsito ideal deste usuário na rede, bem como, percebe como sua atuação é importante e prejudica o usuário quando não há responsabilização do cuidado e a comunicação eficaz entre os pontos da RAS.

Apesar de informal, este fluxo para efetivar a continuidade do cuidado é cada vez mais observado e apresenta-se semelhante ao sugerido e preconizado nas referências encontradas nesta pesquisa, precisando como complemento de ajustes operacionais, capacitações e incentivo institucional.

A padronização do formulário impresso como tecnologia para os encaminhamentos e o trânsito do usuário dentro da rede, favorece o atendimento integral do usuário e a interação entre os enfermeiros de diversos pontos da RAS. Sendo este, outro mecanismo adotado para compor o fluxograma de referência e contrarreferência.

A falta de comunicação entre os profissionais no momento do encaminhamento foi identificada como uma fragilidade dentro da SMS, que gera dos conflitos e episódios constantes de competitividade entre os pontos da rede, evidenciando o conceito distorcido que banaliza a APS e supervaloriza as unidades com acesso a tecnologias e que dispõem de serviços especializados.

O trabalho em equipe é fundamental para que a referência e contrarreferência se concretizem. Assim, como a educação permanente dos profissionais, sensibilizando sobre a importância da referência e contrarreferência, com o objetivo de melhorar o fluxo e promover a aproximação dos profissionais que compõe a rede.

Para a efetivação da rede de referência e contrarreferência é necessária à consolidação do Sistema de Registro Eletrônico (prontuário) único, permitindo que em qualquer ponto da rede o usuário seja atendido com toda a sua história de saúde doença.

A pesquisa contribuiu no sentido de promover a discussão acerca da referência e contrarreferência na rede municipal estudada, bem como facilitar a contrarreferência entre APS e UPAs. Permitiu também incentivar o vínculo entre usuário e profissional, estimulando que o usuário tenha a APS como referência e coordenadora do seu cuidado, promovendo a autonomia do enfermeiro atuante nas UPAs, fato tão estimulado na APS através dos Protocolos Clínicos da Enfermagem utilizados pela rede municipal.

A PCA permitiu a permanência da pesquisadora principal no campo da prática assistencial durante toda a pesquisa, contribuindo para desmitificar e elucidar angústias e hipóteses formuladas no percurso profissional e promovendo a possibilidade de resolver um problema da sua prática assistencial, além de estimular na equipe a realização de novas pesquisas.

Recomenda-se que outros estudos sejam realizados para construir novos fluxos operacionais, ligados ao sistema de referência e

contrarreferência, como por exemplo, casos de usuários que recebem alta após permanecerem em observação em unidades de emergência, no sentido de continuidade do cuidado, tanto com o objetivo de acompanhamento, como de readequação de tratamento.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. DA S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 337–344, 2015.
- ALBUQUERQUE, M. V. DE; VIANA, A. L. D'ÁVILA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, v. 39, n. especial, p. 28–38, dez. 2015.
- ALLER, M.-B. et al. Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 3, p. 207–213, 2013.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.
- AUSTREGÉSILO, S. C. et al. A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3111–3120, 2015.
- BAIÃO, B. DE S. et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Rev. APS**, v. 17, n. 3, p. 291–302, 2014.
- BARATIERI, T. et al. Percepções de usuários atendidos em um Pronto Atendimento: olhar sobre a Atenção Primária à Saúde. **Espaço para a Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54–63, 2017.
- BARRIENTOS, F. C. et al. Encuesta nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias. **Rev Soc Esp Dolor**, v. 21, n. 1, p. 3–15, 2014.
- BORGHI, G. N. et al. A avaliação do sistema de referência e contrarreferência na atenção secundária em Odontologia. **Rfo Upf**, v. 18, n. 2, p. 154–159, 2013.
- BRAGA, D. C. et al. Resolutividade da Atenção Básica no município de Água Doce, Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 42, n. 2, p. 70–74, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. **Editora do Ministério da Saúde**, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Editora do Ministério da Saúde**, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. **Editora do Ministério da Saúde**, 2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. **Editora do Ministério da Saúde**, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. **Editora do Ministério da Saúde**, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria 2.4365, de 21 de setembro de**, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Portaria 10, de 03 de janeiro de**, 2017b.
- CASSETTARI, S. DA S. R.; MELLO, A. L. S. F. DE. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, p. 1–9, 2017.
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466, de 11 e 12 de dezembro de**, 2012a.
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 466, de 11 e 12 de dezembro de**, 2012b.
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. Normas para pesquisas científicas humanas e sociais. **Resolução 510, de 07 de abril de**, 2016.
- COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Classificação de risco e dispensa de pacientes por Enfermeiros. **Resposta técnica 050/CT**, 2017.
- CRM. Conselho Federal de Medicina. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades. **Resolução CFM nº 2.079**, 2014.
- DICIO. **Dicionário Online de Português**. Disponível em: <www.dicio.com.br>. Acesso em: 22 out. 2016.
- DINIZ, A. S. et al. Demanda clínica de uma unidade de pronto atendimento, segundo o protocolo de Manchester. **Revista Electronica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 312–320, 2014.
- ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 1518–8345, p. 9, 2013.
- FARIA, R. O território e as redes de atenção à saúde: intercambiamentos necessários para a integração das ações do sistema único de saúde (SUS)

- no Brasil. **Bol. geogr.**, v. 32, n. 2, p. 173–191, 2014.
- FUNG, C. S. et al. Having a family doctor was associated with lower utilization of hospital-based health services. **BMC health services research**, v. 15, n. 42, p. 3–9, 2015.
- GARCIA, V. M.; REIS, R. K. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 261–267, 2014.
- HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULO, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. sup, p. 331–336, 2004.
- HAYDEN, C. et al. Improving Patient Flow in the Emergency Department by Placing a Family Nurse Practitioner in Triage: A Quality-Improvement Project. **Journal of Emergency Nursing**, v. 40, n. 4, p. 346–351, 2014.
- JÚNIOR, É. A. DOS S. et al. **Acolhimento com Classificação de Risco - Prefeitura de Belo Horizonte - Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/prot%0Aocolos/AcolhimentoClassificacaodeRiscodasUp%0AasdeBH.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, v. 51, p. 14–29, 2014.
- JÚNIOR, W. C. **Recomendações de Boas Práticas Referente a Adesão para Utilização do Sistema Manchester de Classificação de Risco**. Disponível em: <<http://gbc.org.br/public/uploads/filemanager/source/BoasPráticasSistemaManchesterdeClassificaçãodeRisco.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As unidades de pronto-atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, v. 25, n. 2, p. 525–545, 2015.
- KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Ação**, v. 20, n. 59, p. 879–892, 2016.
- LA ROCCA, A.; HOHOLM, T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 2–14, 2017.
- LIMA, L. D. DE et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio

- de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 2, p. 595–606, 2015.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 27–34, 2013.
- MORAIS, A. S.; MELLEIRO, M. M. A qualidade da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência: a percepção do usuário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 112–120, 2013.
- MORENO, C. A. et al. Atribuições dos Profissionais de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, uma Revisão das Normas e Práticas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 3, p. 233–240, 2015.
- MORETTI, P. G. DE S.; FEDOSSE, E. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 241–247, 2016.
- MOURA, J. DE A. et al. Avaliação dos relatórios de referência recebidos em um serviço público universitário de Endocrinologia de Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 25, n. 2, p. 208–215, 2015.
- MPENF. Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Define critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem (Mestrado Profissional) da UFSC. **Instrução Normativa 01/MPENF**, 2014.
- NILSEN, H.; HUNSKAAR, S.; RUTHS, S. Patient trajectories in a Norwegian unit of municipal emergency beds. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 35, n. 2, p. 137–142, 2017.
- O'DWYER, G. et al. The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC health services research**, v. 13, n. 70, p. 2–10, 2013.
- OLIVEIRA, A. N. S. DE et al. O perfil clínico epidemiológico dos usuários da rede de urgências no interior de Pernambuco. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p. 3601–3607, 2013a.
- OLIVEIRA, J. L. C. DE et al. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 1–8, 2017.
- OLIVEIRA, S. N. DE et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238–244, 2015.
- OLIVEIRA, G. N. et al. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional.

- Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1–7, 2013b.
- PEREIRA, J. DE S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde ColetivaSaúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, 2018.
- PIRES, M. R. G. M. et al. A utilização dos serviços de atenção básica e de urgência no SUS de belo horizonte: Problema de saúde, procedimentos e escolha dos serviços. **Saude e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 211–222, 2013.
- PRUDÊNCIO, C. P. G. et al. Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 1–10, 2016.
- QUEVEDO, A. L. A. DE et al. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. **Rev. APS**, v. 19, n. 1, p. 47–57, 2016.
- RAIMUNDI, D. M. et al. Análise de uma Clínica da Família, visão dos enfermeiros do serviço. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. Specialissue, p. 130–138, 2016.
- RANDOWN, R. M. VON et al. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto das redes de atenção à saúde. **RAS**, v. 16, n. 64, p. 79–88, 2014.
- RISSARDO, L. K. et al. Idosos atendidos em unidade de pronto-atendimento por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, n. e941, p. 1–8, 2016.
- RONCALLI, A. A. et al. Protocolo de Manchester e população usuária na classificação de risco: visão do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 2–10, 2017.
- SAMPSON, R. et al. Patients’ perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. **BMJ open**, v. 5, n. e008708, p. 1–17, 2015.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Pack Brasil Adulto: Ferramenta de manejo clínico em Atenção primária à Saúde. Versão Florianópolis. **PACK**, p. 120, 2016.
- SIGNOR, E. et al. Desafios na estruturação e organização de serviços de pronto atendimento no sistema público de saúde. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, p. 175–182, 2015.
- SILVA, A. P. DA; et al. Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester. **Revista de**

- Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 1, p. 507–17, 2013.
- TABORDA, M.; RANGEL, M. (ORG). Pesquisa quali-quantitativa Online: relato de uma experiência em desenvolvimento no campo da saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, n. 0, p. 11–15, 2015.
- THIJSSSEN, W. A. M. H. et al. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 149, 2016.
- TIEL, S. VAN et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals: state of the art. **European Journal of Emergency Medicine**, v. 22, n. 5, p. 306–315, 2015.
- TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. DA. **Pesquisa convergente assistencial: delimitação provocador de mudanças nas práticas de saúde**. 3. ed. Porto Alegre: MORIA, 2014.
- TSHITENGE, S. T.; OGUNBANJO, G. A.; MBUKA, D. O. The effectiveness of the South African Triage Toll use in Mahalapye District Hospital - Emergency Department, Botswana. **African journal of primary health care & family medicine**, v. 8, n. 1, p. 1–5, 2016.
- WÅHLBERG, H. et al. Practical health co-operation - the impact of a referral template on quality of care and health care co-operation: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 14, n. 7, p. 2–8, 2013.
- WÅHLBERG, H. et al. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 353, p. 2–10, 2015.
- XIANG, A. et al. Impact of a referral management " gateway " on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 2–7, 2013.
- XU, M. et al. Delays in service for non-emergent patients due to arrival of emergent patients in the emergency department: a case study in Hong Kong. **Journal of Emergency Medicine**, v. 45, n. 2, p. 271–280, 2013.
- YAN, L. D. et al. An observational study of adults seeking emergency care in Cambodia. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, n. 2, p. 84–92, 2015.
- ZANON, L. R.; ZANIN, L.; FLÓRIO, F. M. Evaluation of the use of services provided by emergency care units in a Brazilian municipality. **RGO, Rev Gaúch Odontol**, v. 6464, n. 44, p. 411–418, 2016.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 1

PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ETAPA DO

QUESTIONÁRIO



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo, que faz parte da proposta de dissertação do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, da mestranda Enfermeira Milena Pereira. O estudo trata da REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS e é orientado pela professora Enfermeira Dra. Eliane Matos e pela Enfermeira Dra. Sabrina da Silva de Souza.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante.

Os procedimentos adotados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa tem a aprovação e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESPH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O CEPSPH é composto por um grupo de pessoas que trabalham para avaliar se a pesquisa está sendo executada de forma ética, respeitando os direitos do participante.

Por favor, leia com atenção e calma. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de aceitá-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou desejar desistir da participação e retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Justificativa e objetivos:

O estudo tem por objetivo propor um fluxograma informatizado de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis. Aperfeiçoando o sistema de referência e contrarreferência no município de Florianópolis/SC, o qual poderá melhorar os fluxos de trabalho e beneficiar a população usuária do SUS.

Procedimentos:

Sua participação consiste em responder um questionário no qual serão levantadas as facilidades, dificuldades e sugestões dos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis na efetivação da referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento. O preenchimento deste questionário terá uma duração estimada em 20 minutos, em que você não precisará se deslocar, pois a mesmo poderá ser acessado pela internet em local e horário definidos por você.

Posteriormente você poderá ser convidado a participar de um grupo de discussão para elaboração de um fluxograma informatizado de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será fornecida a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garantimos que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Benefícios:

Você não receberá qualquer benefício financeiro por sua participação na pesquisa, porém, estará contribuindo para melhorar o fluxo de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento no município de Florianópolis/SC e, sua participação poderá resultar em benefícios para a organização do trabalho.



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Desconfortos e riscos:

Esta pesquisa não deve acarretar riscos físicos aos participantes. Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar refletindo sobre o fluxo de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento no município de Florianópolis/SC. Caso isso aconteça, você poderá desistir da participação a qualquer momento. Também serão prestados todo apoio caso haja alguma intercorrência com você, decorrente de sua participação na pesquisa, e assumimos algum ônus que possa ocorrer decorrente de sua participação na mesma.

Ressarcimento e Indenização:

Sua participação nessa etapa do estudo será realizada em seu local de trabalho ou em sua residência, em momento reservado e definido de acordo com suas possibilidades e necessidades, neste sentido é provável que você não venha a ter despesas em decorrência da pesquisa. Entretanto, caso haja gastos relacionados a esta pesquisa, você será ressarcido e todas as despesas, que serão pagas pelas pesquisadoras, bem como esse documento lhe garante que será indenizado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa conforme legislação vigente no país.

Acompanhamento e assistência:

Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a ouvi-los nas suas necessidades e atende-los de acordo com a norma vigente no país.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a mestrandia Enfermeira Milena Pereira através dos seguintes meios: telefone (48) 99965-8411, e-mail mile.pe@gmail.com, Rua Jornalista Manoel de Menezes, nº35 - apto 501 - bloco A - Itacorubi - Florianópolis/SC, 88034-060 ou Prof.ª Dra. Eliane Matos - (48) 3721-9163 - e-mail: elianematos@hotmail.com, R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800 - Hospital Universitário Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Lembramos ainda que você pode desistir da participação a qualquer momento sem precisar dar justificativas, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

* 1. Entendi que a pesquisa é sobre "REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS". Fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e aceito participar da mesma. Concordo que os dados provenientes do questionário respondido por mim sejam utilizados para fins acadêmicos.

- Aceito participar
- Não aceito participar

* 2. Dados para o Consentimento livre e esclarecido:

Nome

RG ou outro documento
de identificação

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido 2
PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTE NA
ETAPA DE DISCUSSÃO EM GRUPO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

Você está sendo convidado a participar de um estudo, que faz parte de minha proposta de dissertação do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo trata da **REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS** e é orientado pela professora Enfermeira Dra. Eliane Matos e pela Enfermeira Dra. Sabrina da Silva de Souza.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Os procedimentos adotados neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) atendem aos critérios de ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa tem a aprovação e acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CESPH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). O CESPH é composto por um grupo de pessoas que trabalham para avaliar se a pesquisa está sendo executada de forma ética, respeitando os direitos do participante.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se você não quiser participar ou desejar desistir da participação e retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O estudo tem por objetivo propor um fluxograma informatizado de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis. Pretende-se com o estudo aperfeiçoar o sistema de referência e contrarreferência no município de Florianópolis/SC, o a qual poderá melhorar os fluxos de trabalho e beneficiar a população usuária do SUS.

Procedimentos:

Sua participação consiste em participar de um grupo de discussão com o objetivo específico de desenvolver um processo reflexivo com os profissionais de saúde sobre a elaboração de um fluxograma de referência e contrarreferência entre Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento a ser aplicado na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

A proposta inicial é a de realizar dois encontros, com data a ser definida, respeitando a disponibilidade dos participantes. Caso haja necessidade de mais encontros, o grupo será previamente comunicado. Os encontros terão uma duração estimada em 2 horas, sendo que serão aproveitadas reuniões de trabalho que já acontecem.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos garantimos a confidencialidade das informações. Garanto que seu nome ou de qualquer outro dado que o identifique não será divulgado. As informações fornecidas somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos, mas sem que seu nome ou qualquer outra informação que o identifique seja revelado.

Benefícios:

Você não receberá qualquer benefício financeiro por sua participação na pesquisa, porém, estará contribuindo para melhorar o fluxo de referência

e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento no município de Florianópolis/SC e, sua participação poderá resultar em benefícios para a organização do trabalho.

Desconfortos e riscos:

Esta pesquisa não deve acarretar riscos físicos aos participantes. Você poderá sentir algum desconforto relacionado ao fato de estar refletindo sobre o fluxo de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento no município de Florianópolis/SC. Caso isso aconteça, a pesquisadora deixa claro que você poderá desistir da participação a qualquer momento. Também me comprometo a prestar todo apoio caso haja alguma intercorrência com você, decorrente de sua participação na pesquisa, e assumir algum ônus que possa ocorrer decorrente de sua participação na mesma.

Ressarcimento e indenização:

Sua participação nessa etapa do estudo se dará em reuniões de trabalho que acontecem normalmente na rede, portanto não deverá implicar em despesas extras decorrentes diretamente da pesquisa. Entretanto, caso haja gastos relacionados a esta pesquisa, você será ressarcido e todas as despesas serão pagas pelas pesquisadoras, bem como esse documento lhe garante que será indenizado diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa conforme legislação vigente no país.

Acompanhamento e assistência:

Caso julgue necessário você terá acompanhamento da pesquisadora responsável após o encerramento ou interrupção da pesquisa. Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a ouvi-los nas suas necessidades e atendê-los de acordo com a norma vigente no país.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Milena Pereira através dos seguintes meios: telefone (48) 99965-8411, e-mail , Rua Jornalista Manoel de Menezes, n.º – apto 501 – bloco A – Itacorubi – Florianópolis/SC, 88034-060 ou Prof.^a Dra. Eliane Matos - (48) 3721-9163 – e-mail: , R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800 - Hospital Universitário Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Lembro ainda que você pode desistir da participação a qualquer momento sem precisar

dar justificativas, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Consentimento livre e esclarecido:

Eu, _____, RG n. _____
entendi que a pesquisa é sobre “REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS”. Fui esclarecido(a) sobre a pesquisa e aceito participar da mesma. Concordo que os dados provenientes do questionário respondido por mim sejam utilizados para fins acadêmicos. Declaro ainda que, recebi via deste TCLE, que foi elaborado em duas vias, sendo rubricadas todas as suas páginas e assinado por mim e pelas pesquisadoras no momento da entrega do mesmo para o participante.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador 1: _____

Assinatura do pesquisador 2: _____

Florianópolis, _____, de _____ de 2017.

APÊNDICE C – Questionário aplicado com os profissionais



PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO DO
CIDADÃO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

QUESTIONÁRIO

Caro colega, pedimos que responda as questões abaixo que estão ligadas com o seu processo de trabalho. Sua participação é de grande importância para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa "Referência e contrarreferência da atenção primária em saúde e as unidades de pronto atendimento no município de Florianópolis", cujo objetivo principal é "Construir uma proposta de fluxograma informatizado de referência e contrarreferência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis".

* 3. Qual sua profissão?

Enfermeiro

Enfermeiro Residente

4. Quanto tempo você trabalha na Prefeitura Municipal de Florianópolis?

Menos de 1 ano

Entre 1 e 5 anos

Entre 6 e 10 anos

Entre 11 e 15 anos

Entre 16 e 20 anos

Mais de 20 anos

* 5. Qual a unidade você está lotado na Prefeitura Municipal de Florianópolis?

* 6. Existe de referência e contrarreferência na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis?

- Sim
 Não

Em que situações?

* 7. Quais as facilidades que você observa na realização da referência e contra referência dos usuários no município de Florianópolis?

* 8. Quais as dificuldades que você observa na realização da referência e contra referência dos usuários no município de Florianópolis?

9. Marque em que situações você encaminha um usuário para um serviço de MAIOR complexidade, pode ser mais de uma opção, caso julgue necessário:

- Falta de espaço físico para atender o usuário
 Falta de profissional adequado para realizar o atendimento
 Gravidade maior do que sua unidade suporta
 Falta de tempo para atender o usuário
 Falta de material para atender o usuário
 Falta de comunicação entre a equipe multidisciplinar
 Necessidade de tecnologia não disponível (exames laboratoriais, de imagem entre outros)
 Nunca precisei encaminhar um usuário
 Outro (especifique):

10. Você recebe em sua unidade (considere seu local real de trabalho ao escolher uma ou mais alternativas) um usuário com a queixa de dor pré-cordial. Ao fazer o acolhimento e o atendimento deste usuário realiza uma consulta de enfermagem e observa que o usuário está hipocorado, ansioso devido a dor, pressão arterial de 160x90mmHg, frequência cardíaca de 110bpm. Ao coletar mais dados com o usuário/acompanhante, recebe a informação que o usuário tem história de hipertensão e de angina estável em investigação. De posse dessas informações qual é sua conduta?

- Encaminha o usuário para consulta médica imediatamente
- Agenda uma consulta médica para o usuário
- Faz uma interconsulta com o médico disponível
- Encaminha o usuário para outra unidade de maior complexidade
- Em conjunto com o colega médico decidem a melhor opção
- Encaminha o usuário para uma unidade de maior complexidade com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
- Orienta o usuário/acompanhante quanto a gravidade do caso e os cuidados que precisam ser feitos ou observados
- Outro (especifique):

11. Você recebe em sua unidade (considere seu local real de trabalho ao escolher uma ou mais alternativas) um usuário que precisa agendar um consulta médica devido uma queixa de tosse seca há mais de 10 dias. Entretanto, a área que o usuário pertence está com o profissional médico de férias. De posse dessas informações qual é sua conduta?

- Encaminha o usuário para consulta médica com médico de outra área
- Faz uma interconsulta com o médico disponível
- Agenda uma consulta com o médico disponível
- Encaminha o usuário para outra unidade de maior complexidade
- Encaminha o usuário para consulta com o médico da unidade
- Encaminha o usuário para outra unidade de menor complexidade
- Outro (especifique):

12. Você recebe em sua unidade (considere seu local real de trabalho ao escolher uma ou mais alternativas) um usuário que precisa trocar a sonda vesical de demora. Na coleta de dados, observa que é uma troca de rotina, sem histórico no prontuário eletrônico de intercorrências na sondagem anterior. De posse dessas informações qual é sua conduta?

- Faz a troca da sonda vesical de demora
- Encaminha o usuário para agendamento de consulta médica
- Encaminha o usuário para outra unidade de maior complexidade
- Encaminha o usuário para consulta com o médico da unidade
- Encaminha o usuário para outra unidade de menor complexidade
- Encaminha o usuário para agendamento de consulta médica
- Outro (especifique):

* 13. Como você realiza o referenciamento ou o contra referenciamento de um usuário para outra unidade de complexidade diferente?

- Orienta o usuário/acompanhante a procurar o outro serviço
- Realiza uma carta de referenciamento ou contra referenciamento para o profissional que irá recebê-lo na outra unidade
- Realiza contato telefônico com o profissional que irá recebê-lo na outra unidade
- Orienta o usuário/acompanhante a procurar o serviço e realiza o registro no prontuário do usuário relatando o ocorrido e justificando o referenciamento ou contra referenciamento
- Outro (especifique):

* 14. Como você imagina um fluxo de referência e contrarreferência ideal? Pensando em instrumentos e tecnologias para auxiliar o profissional.

* 15. Você referenciaria para um Centro de Saúde um usuário que buscou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento ambulatorial? Você considera adequado contrarreferenciar um usuário que chega a uma UPA apresentando uma situação de saúde-doença que poderia ser atendida/resolvida em uma unidade de atenção primária?

- Sim
- Não
- Outro (especifique):

* 16. Que alternativas você considera adequada para o contrarreferenciamento de um usuário que procurou por um atendimento ambulatorial na UPA?

- Relatórios de atendimentos
- Carta de contra referenciamento do profissional da UPA
- Alertas no prontuário eletrônico da instituição
- Contato telefônico
- Disponibilização para os profissionais das UPA de horários de atendimento na agenda dos profissionais dos CS para esses casos
- Outro (especifique):

* 17. Quais as suas sugestões para melhorar a referência e contrarreferência de usuários da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis?



REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Questionário Finalizado.

Agradecemos sua participação.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a mestrande Enfermeira Milena Pereira através dos seguintes meios: telefone (48) 99965-8411, e-mail mile.pe@gmail.com, Rua Jornalista Manoel de Menezes, nº35 – apto 501 – bloco A – Itacorubi – Florianópolis/SC, 88034-060 ou Prof.ª Dra. Eliane Matos - (48) 3721-9163 – e-mail: elianematos@hotmail.com, R. Profa. Maria Flora Pausewang, s/n - Trindade, Florianópolis - SC, 88036-800 - Hospital Universitário Professor Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). Lembro ainda que você pode desistir da participação a qualquer momento sem precisar dar justificativas, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), Rua: Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC; CEP 88040-400; telefone (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A – Parecer do CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E AS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

Pesquisador: Eliane Matos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63043816.1.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.106.076

Apresentação do Projeto:

O estudo trata-se de Projeto de Pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela aluna Milena Pereira. É coordenado pela Profa. Eliane Matos e tem por objetivo, construir uma proposta de fluxograma informatizado de referência e contra referência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis, sendo uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) com enfoque na gestão do cuidado. Os instrumentos de coleta de dados compreenderão a aplicação de questionários enviados através do grupo de e-mail dos enfermeiros da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), ou aplicados presencialmente pelo Pesquisador (no caso de enfermeiros da UPA SUL e dos Centros de Saúde (CS) identificados com maior número de casos deste estudo). Além da aplicação dos questionários, o estudo envolve a discussão dos dados coletados com profissionais elencados a partir da Comissão de Sistematização da Assistência em Enfermagem (CSAE), bem como com membros da Diretoria de Atenção Primária (DAPS) ou da Diretoria de Média e Alta Complexidade (DMAC) ou das Coordenações das UPA da SMS da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Ao todo, são previstos 345 participantes no projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.106.076

- Propor um fluxograma informatizado de referência e contra referência entre os Centros de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento do município de Florianópolis.

Objetivos secundários:

- Descrever o perfil dos usuários adultos encaminhados pelos serviços de Atenção Primária para Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha (UPA SUL) para atendimentos pela especialidade de clínica médica;
- Identificar os usuários adultos classificados como de baixo risco no setor de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR) da Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha (UPA SUL) para atendimentos pela especialidade de clínica médica;
- Levantar as facilidades, dificuldades e sugestões dos profissionais da Rede Municipal de Saúde de Florianópolis na efetivação da referência e contra referência entre os CS e UPA;
- Desenvolver um processo reflexivo com os profissionais de saúde sobre a elaboração de um fluxograma de referência e contra referência entre os CS e UPA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver Parecer Consubstanciado n. 1.957.841.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver Parecer Consubstanciado n. 1.957.841.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de apresentação obrigatória. A pesquisadora apresentou nesta versão, a declaração da Secretaria Municipal de Saúde atestando que os pesquisadores não terão acesso aos dados dos prontuários dos usuários encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento do Sul da Ilha (UPASUL). Apenas terão acesso a dados estatísticos filtrados, que não permitem a identificação dos usuários.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre a Resolução 466/12 e considerando que os pesquisadores atenderam às solicitações do CEP, o projeto está aprovado.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.106.076

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_835506.pdf	22/05/2017 16:31:43		Aceito
Outros	resposta_pendencia_cep_milena.pdf	22/05/2017 16:30:47	Eliane Matos	Aceito
Outros	declaracao_PMF_prontuarios.pdf	22/05/2017 16:29:24	Eliane Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEquestionario_corrigido.pdf	28/03/2017 09:49:42	Eliane Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdiscussao_corrigido.pdf	28/03/2017 09:49:22	Eliane Matos	Aceito
Outros	carta_ao_parecerista.pdf	28/03/2017 09:42:26	Eliane Matos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_milena.pdf	04/12/2016 20:50:16	Eliane Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PMF.pdf	02/12/2016 13:21:40	Eliane Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_milena.doc	01/12/2016 20:58:11	Eliane Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_milena2.doc	01/12/2016 20:57:17	Eliane Matos	Aceito
Orçamento	custos.doc	30/11/2016 21:43:50	Eliane Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.106.076

FLORIANOPOLIS, 07 de Junho de 2017

Assinado por:
Ylmar Correa Neto
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br