

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL

Carina Martins Acosta

**ELABORAÇÃO DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA
HOSPITALAR A PARTIR DOS CONSTRUCTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Porto Alegre
Julho/2017

Carina Martins Acosta

**ELABORAÇÃO DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA
HOSPITALAR A PARTIR DOS CONSTRUCTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Dra. Alisia Helena Weis

Linha de Pesquisa: Redes de atenção à saúde e gestão do cuidado de enfermagem

Porto Alegre

Julho/2017

Carina Martins Acosta

**ELABORAÇÃO DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA
HOSPITALAR A PARTIR DOS CONSTRUCTOS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem modalidade Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre para a obtenção do grau de Mestre.
Área de Concentração: Enfermagem

Aprovado em 31 julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Alísia Helena Weis (Orientadora) - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Profa. Dra. Graciele Fernanda da Costa Linch - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Profa. Dra. Adriana Aparecida Paz - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

Profa. Dra. Alessandra Dartora - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFCSPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus pela paciência, força, perseverança concedidos a mim, por me acompanhar nas minhas viagens incansáveis e permitir que tudo ocorresse da melhor forma possível, sempre.

Ao meu filho Fernando pelo amor e pela compreensão que sempre me dedicou, pelo orgulho que faz questão de expressar, muitas vezes sem nem entender o por que de tanta ausência e viagens.

Aos meus pais, meu irmão e minha cunhada pelo amor, carinho, e apoio, minha mãe Luiza com seu cuidado perfeito, sua comida maravilhosa e sua presença fiel enquanto desenvolvia meus estudos, meu irmão Renan que me incentivou em todos os momentos, minha cunhada Helena com suas doces e meigas palavras de apoio. Agradeço em especial ao meu pai, Volmar, quero falar de doação, companheirismo, parceria, incentivo, esse título eu dedico a ele, por ter me acompanhado em todas as viagens, por ter me ouvido sempre, foram dois anos que esse homem de 66 anos mostrou-se um verdadeiro PAI, pois ele nunca faltou comigo.

Ao meu marido, Evan, pelo amor, carinho, compreensão, companheirismo e por abdicar de suas atividades em função de priorizar o que é importante para mim, que foi fundamental nessa fase de conclusão. Agradeço pela presença desse anjo que carrego em meu ventre, que apesar das turbulências da gestação tenho certeza que me trará muitas alegrias.

Às Coordenadoras da Atenção Básica, Raquel Rozeno e Bárbara Haas por incentivarem e apoiarem a minha decisão de desenvolvimento profissional, desde o início até a conclusão do trabalho e acreditarem na minha capacidade.

Aos meus Colegas enfermeiros pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.

À minha equipe de trabalho, pela paciência e por vibrarem comigo em cada fase que conseguia superar, por trabalharem dobrado em prol do meu crescimento profissional.

À minha amiga Sabrina, que conheci no mestrado, porém formamos uma parceria e fomos fortalecendo nossa amizade a cada desafio, obrigada pelo apoio.

Às amigas Priscila, Flávia, Valdenira e Yordanka que estiveram presentes comigo em cada etapa, da aprovação, de crescimento, de medo, de angústia, de desespero, de choro, que tiveram sempre paciência e um carinho todo especial.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFCSPA pelos momentos de aprendizagem.

Aos amigos e familiares pelo incentivo constante e pela compreensão da minha ausência em diversos momentos durante meu aperfeiçoamento.

À minha Orientadora Alísia Weis, que deixei por último, para poder expressar o quanto foi importante nesta etapa da minha formação, sempre doce, meiga, amiga e com uma confiança no meu potencial que nem eu acreditava. Sempre solícita com suas palavras, com seu carinho enfim uma profissional dedicada e competente, há muito tempo já trabalhamos juntas e nossa reaproximação só me mostrou o quanto é bom ter ao nosso lado pessoas de luz, obrigada por todo o incentivo, pela alegria que me recebia, pela disposição, mas principalmente pela confiança que dedicou a mim.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades no que se refere a sua organização, destacando-se a integração entre seus diferentes níveis de atenção à saúde. Essa situação é ilustrada por falhas no sistema de referência e contrarreferência, o que fragiliza as ações e intervenções em saúde, como encaminhamentos e retornos para o serviço de atendimento de origem, coordenados e regulados. Na especificidade da contrarreferência, existem limites para operacionalizar os fluxos da alta hospitalar de usuários para a atenção primária à saúde (APS), devido a falta de conhecimento ou desuso do documento de contrarreferência e a dependência de fluxos informais de comunicação entre serviços e profissionais de saúde. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de contrarreferência hospitalar para a APS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado nos serviços de APS e no hospital referência de um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes que constituíram a amostra foram 20 coordenadores das equipes de estratégias de saúde da família (ESF). A coleta de dados foi realizada em quatro etapas: na primeira realizou-se a observação do processo da alta do serviço hospitalar; na segunda aplicou-se um questionário aos coordenadores das equipes de saúde da família; na terceira realizou-se um encontro educativo com coordenadores das equipes ESF; e na quarta etapa, elaborou-se o documento como proposta de qualificação da contrarreferência hospitalar. **RESULTADOS:** A observação da alta hospitalar permitiu identificar as limitações em relação a nota de alta, visto que os elementos que compõem a nota de alta são insuficientes para a transição do cuidado efetiva, a ausência de um documento de contrarreferência para APS e o limite do protagonismo do enfermeiro no processo de alta. Na perspectiva dos coordenadores das equipes de ESF sobre a contrarreferência hospitalar da APS os resultados obtidos evidenciaram a ausência de documento de contrarreferência do serviço especializado para APS e a autonomia do enfermeiro da APS como principal articulador dos processos de trabalho. Estes achados, permitiram a elaboração coletiva do documento de contrarreferência hospitalar com a finalidade de facilitar a comunicação entre os diferentes serviços de saúde e possibilitar a coordenação do cuidado pós a alta hospitalar. **CONCLUSÃO:** É imprescindível a necessidade de fortalecimento dos processos de comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde, de forma a permitir aos usuários a utilização de serviços e profissionais disponíveis sem prejuízo à continuidade de seu cuidado. O documento de contrarreferência é fundamental para o fortalecimento da coordenação APS, pois ele contribuirá com a integralidade da

assistência à população e possibilitará a continuidade dos cuidados à saúde.

Palavras-Chave: Serviços de saúde, atenção primária à saúde, serviços hospitalares, integração de sistemas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Brazilian Health System faces obstacles in terms of its organization, highlighting the integration between its different levels of health care. This situation is illustrated by failures in the reference system and counter-referral, which hampers possibilities for actions and interventions in health, such as referrals and returns to the home care service, coordinated and regulated. In the specificity of the counterreference, there are limits to operationalize the hospital discharge flows of users to *Atenção Primária à Saúde* (APS) due to the lack or lack of use of the counter-reference document and the dependence of informal communication flows between health services and professionals. Therefore, this study aimed to elaborate a proposal for a hospital counter-referral for APS. **METHODOLOGY:** This is an study of qualitative and quantitative approach, carried out at the APS services and the referral hospital of a municipality in the state of Rio Grande do Sul. Participants who composed the sample were 20 coordinators of the *Saúde da Família* teams (SF). The data collection was performed in four stages: in the first, an observation was made of the discharge process from the hospital service; In the second, a questionnaire was applied to the coordinators of the *Saúde da Família* teams; In the third, an educational meeting was held with coordinators of the SF; And in the fourth stage, the document was elaborated as a proposal to qualify the hospital counterreference. **RESULTS:** The observation of hospital discharge allowed the identification of the limitations in relation to discharge, since the elements that make up the discharge note are insufficient for the transition of effective care, the absence of a counter-referral document for APS and the limit of role of nurses in the discharge process. In the view of the SF team coordinators about the hospitalar counter-referral of the APS, the results obtained evidenced the absence of a document of counter-referral from the specialized service for APS and the autonomy of the APS nurse as the main articulator of the work processes. These findings permitted the collective contribution of the hospital counter-reference document with the purpose of facilitating communication between the different health services and enabling the coordination of post-discharge care. **CONCLUSION:** It is essential to strengthen the communication processes between the different points of the health system, in order to allow users to use the services and professionals available without prejudice to the continuity of their care. The counter-reference document is essential for the strengthening of APS coordination, since it will contribute to the integrality of the assistance to the population and will enable the continuity of health care.

Key words: Health services, primary health care, hospital services, systems integration.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEE	Fundação de Economia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Unidade de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO	21
3.3 A CONTRARREFERÊNCIA COMO ELEMENTO DO PROCESSO DA ALTA HOSPITALAR.....	24
4 MÉTODO	27
4.1 TIPO DE ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
4.4 COLETA DE DADOS	29
4.5 ANÁLISE DE DADOS	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 ALTA HOSPITALAR	32
5.1.1 ORGANIZAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR.....	32
5.2 PERSPECTIVA DOS COORDENADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A CONTRARREFERÊNCIA HOSPITALAR	41
5.3 DISCUTINDO UMA PROPOSTA DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA HOSPITALAR NA APS	47
5.4 PRODUTO: PROPOSTA DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA HOSPITALAR PARA APS.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
7 REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO HOSPITALAR	66
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO AUTO-APLICÁVEL – PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	67
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	71
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES PARA A ETAPA HOSPITALAR	73
ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – UFCSPA	77
ANEXO 2 - TERMO DE ANUÊNCIA PREFEITURA	80
ANEXO 3 - TERMO DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL	81

1 INTRODUÇÃO

As constantes mudanças relacionadas às demandas e necessidades da população com a elevada taxa de prevalência de doenças crônicas, a busca por assistência imediata e soluções prementes relacionadas à saúde e o aumento do contato com os serviços de saúde, contribuíram para modificar o perfil epidemiológico da população brasileira. Estas transformações exigem dos serviços e profissionais de saúde a utilização de ferramentas que facilitam a comunicação entre eles e entre si, desde atenção hospitalar até os serviços de atenção primária à saúde* (APS), perpassando toda a rede assistencial para a ressignificação na produção do cuidado¹.

Para atender as demandas dos usuários e organizar a oferta de serviços nos diferentes níveis assistenciais são utilizadas ferramentas de integração, a referência e a contrarreferência, para articular unidades e organizar encaminhamentos. A rede relacional aproxima os trabalhadores dos fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde, bem como têm suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário². O sistema de referência e contrarreferência é a forma de organização dos serviços em redes que são estruturadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para garantir a integralidade da atenção aos usuários³.

Neste sentido, a APS é o nível de atenção à saúde que deve atuar como coordenadora do cuidado entre os distintos níveis de atenção de forma efetiva e orientadora do cuidado ao longo de todos os pontos de atenção envolvidos com a saúde do usuário e de toda a vida da comunidade⁴. Para tanto, a comunicação é fundamental e deve ser adequada entre os diferentes serviços, associados ao acesso, a resolutividade dos problemas de saúde e ao princípio da integralidade, como norteador do cuidado e do sistema de atenção à saúde⁵.

No entanto, o sistema de saúde enfrenta problemas no que tange a sua organização, pois se verifica a dificuldade de integração entre seus diferentes níveis de atenção, ilustrada pela falta de referência e contrarreferência, o que impede algumas possibilidades de ações e intervenções em saúde⁶. Não existe uma organização do documento de contrarreferência do usuário que recebe alta hospitalar para a APS, portanto depende do profissional que atende o usuário, não existe uma padronização desde processo.

* Considerando que Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde são termos análogos, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011d), serão utilizados como equivalentes.

Estudos^{7,8} mostram que a utilização dos documentos de referência e contrarreferência ainda são precários no Brasil. Isto demonstra a fragilidade ou inexistência da articulação entre serviços de saúde, sendo esta a principal função da coordenação. Essa situação dificulta assim a resolutividade na atenção à saúde. A coordenação deve atender aos diferentes objetivos comuns à comunidade, e ser capaz de integrar todo o cuidado que o usuário recebe nos diversos pontos de atenção.

Em uma pesquisa⁹ foi identificado entraves à garantia do cuidado integral, entre eles são apontados, processo incompleto de integração da rede assistencial, falta de integração entre diferentes prestadores, insuficiência de fluxos formais para atenção hospitalar e para a atenção primária e a ausência de políticas para a média complexidade. Para Gomes¹⁰ a ausência de mecanismos facilitadores da coordenação do cuidado e de continuidade da assistência são decorrentes da deficiência de processo de contrarreferência efetivo.

Na especificidade da contrarreferência, existe estudo¹¹ que aponta que os profissionais de saúde, em especial o médico, não preenchem o documento de contrarreferência e não consideram importante, como instrumento para continuidade da atenção ao usuário em sua unidade de origem. A inexistência ou a não utilização de um sistema estruturado de contrarreferências nos serviços de saúde impossibilita a continuidade da atenção à saúde, pois demonstra a desarticulação entre os diferentes níveis de densidade tecnológica para a solução dos problemas dos usuários⁶.

Diante da realidade apresentada, torna-se aparente a necessidade de reorganização das práticas dos serviços de saúde de forma tornar as equipes responsáveis pelos atendimentos, através da contrarreferência. Entende-se que a contrarreferência apresenta contexto mais desfavorável para a integração entre o serviço especializado e a APS.

A motivação do estudo surgiu da experiência da pesquisadora como enfermeira da APS na estratégia de saúde da família (ESF) aliada a vivência anterior como enfermeira assistencial de uma Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI). Uma das principais atividades desenvolvidas como enfermeira de ESF a implantação de estratégias para a continuidade do cuidado dos usuários. Para que isso aconteça é necessário trabalhar em conjunto com os diversos serviços que fazem parte das Redes de Atenção à Saúde.

Neste sentido, o desafio do não compartilhamento das informações de saúde dos usuários, e assim, impossibilitando a coordenação do cuidado. Pensando que os usuários e seus familiares, quando saem dos serviços de saúde, procuram sua unidade de origem para realizar a continuidade do cuidado, de que maneira o serviço de saúde pode organizar e planejar seu processo de trabalho para oferecer uma assistência qualificada.

Diante desta realidade, os usuários e familiares ficam insatisfeitos, pressionam a equipe para resoluções imediatas de seus problemas de saúde. Portanto, a ausência de informação e a falha de comunicação referente a situação de saúde, faz com que o usuário percorra por diversos serviços em busca de soluções para suas necessidades de saúde.

Foi observado também que, na maioria das vezes os usuários só procuravam a ESF quando não conseguiam resolver seus problemas de saúde em outros serviços, ou tiveram uma piora de sua saúde, pois os profissionais responsáveis pela atenção secundária e terciária não utilizam as fontes de informações nem referenciam a serviço específico. Dentre as várias situações observadas, ficou evidente que o usuário pós alta hospitalar é o que mais necessita de continuidade e intervenção em sua saúde.

No sentido que a APS deve ser o serviço que se responsabiliza pela continuidade do cuidado do usuário, surge a necessidade de estabelecer um documento formal de contrarreferência para que esta possa oferecer a assistência adequada a partir das informações pertinentes dos serviços responsáveis por contrarreferenciar esses usuários para sua unidade de origem. Espera prolongada, insatisfação, ausência de atendimento humanizado e de qualidade, déficits no diagnóstico e tratamento, são apenas alguns dos inúmeros problemas encontrados relacionados a deficiência no sistema de contrarreferência.

Considerando que a contrarreferência é um dos elementos para a transição do cuidado, definido como estratégia utilizada para organizar o processo de alta hospitalar, pois ela refere-se ao conjunto de práticas com o propósito de garantir a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde no deslocamento dos usuário pelos diversos serviços de saúde ou nas várias unidades situadas dentro de um mesmo local¹².

Desta forma, o objeto deste estudo é a elaboração de um documento de contrarreferência para o usuário que recebe alta hospitalar e retorna para APS. O documento de contrarreferência é um mecanismo de comunicação que deve conter dados essenciais sobre o período de internação, descritos de forma clara, objetiva e organizada¹³.

Constituir a comunicação integrada dos serviços hospitalares com a APS reafirma a responsabilização do serviço, proporcionando resultados assistenciais qualificados, de alto nível de satisfação e facilitando acesso dos usuários aos serviços de saúde¹⁴.

Assim, questiona-se: Qual é a organização da contrarreferência hospitalar para a APS? As unidades de APS recebem a contrarreferência hospitalar dos usuários que recebem alta?

A partir destes questionamentos e com base nos estudos sobre o tema pretende-se elaborar um documento de contrarreferência, para ser implementado no serviço hospitalar,

com vistas a contribuir com a coordenação do cuidado pela APS e com a diminuição das reinternações.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma integralidade da assistência à população, fortalecimento da APS como reguladora da atenção e, conseqüentemente, com a redução da utilização dos serviços hospitalares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar uma proposta de um documento de contrarreferência hospitalar a partir da atenção primária à saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o processo de alta hospitalar.
- Identificar as perspectivas dos coordenadores das equipes de estratégia de saúde da família sobre a contrarreferência hospitalar, na perspectiva da coordenação do cuidado.
- Realizar uma roda de conversa com os coordenadores das equipes de SF para discussão e elaboração de uma proposta de documento de contrarreferência hospitalar para APS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Em 1920 no Relatório Dawson, no Reino Unido, surge a concepção de APS, que propôs a organização em diversos níveis o sistema de atenção à saúde, são eles: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Este documento descreve as atribuições de cada nível de atenção e as relações entre eles, representa a proposta de regionalização dos sistemas de atenção à saúde organizados a partir das necessidades da população, influenciando a sistematização da saúde em vários países do mundo, considerado também a proposta inicial das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a APS como coordenadora de todo o processo. Para que ocorra uma coordenação efetiva dos serviços é fundamental a articulação entre a medicina preventiva e a medicina curativa. Este Relatório surgiu uma década depois do Relatório Flexner pautado no modelo biomédico da saúde, modelo assistencial que persiste até a atualidade¹⁵.

Vários movimentos aconteceram no início dos anos 20, ao final dos anos 70 estes contribuíram para a APS. Destacando a criação do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em 1948 e a adoção de médico generalista. Em 1977 ocorreu a trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde, ficou decidido que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”⁴.

A Institucionalização da APS ocorreu mundialmente na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)¹⁵.

Nessa Conferência ficou instituída a definição de APS como:

Atenção essencial a saúde baseada em tecnologia em métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduo e família na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu

desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁴.

A partir de Alma Ata ocorreu um aumento progressivo dos serviços de atenção primária no mundo todo. Porém, a forma de organização e as resoluções políticas adotadas apresentam-se diferentes em muitos países, apontando os distintos modelos de APS, nos quais são interrogados quanto sua efetividade na melhora de saúde da população¹⁶.

Na década de 70, através do Relatório Mills e do Instituto de Medicina Americano, a APS começa a ser definida por suas funções. Em 1990 Bárbara Starfield se destaca pela publicação de seus livros e seus esforços para organizar as várias definições de APS já conhecidas. Tornando-se desde então o marco teórico dos conceitos contemporâneos de APS⁴. A APS como modelo de organização dos serviços de saúde deve funcionar como porta de entrada do sistema de forma resolutiva atuando sobre os problemas mais comuns de saúde, otimizando os custos e satisfazendo as demandas da população¹⁵.

Desse modo, a APS deve responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo. Organizar o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença; garantindo acesso a qualquer outra unidade funcional do sistema em função das necessidades de cada usuário, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede¹⁵. Através de uma rede de serviços é possível viabilizar a coordenação de uma resposta integral às demandas da saúde, considerada como um dos atributos essenciais da APS.

Os atributos da APS são apresentados em essenciais e derivados⁴, a saber:

Os atributos essenciais da APS são:

- 1) Acesso de primeiro contato: proporciona acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema pelo qual as pessoas buscam o serviço;
- 2) Longitudinalidade: Fonte continuada de atenção, pressupõe o uso contínuo ao longo do tempo e o desenvolvimento do vínculo entre usuários e os profissionais de saúde;
- 3) Integralidade: Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença;

4) Coordenação: É a organização do cuidado ao cliente com continuidade da assistência, devendo ser capaz de integrar todo o cuidado que o usuário receba através da coordenação entre os serviços;

Os atributos derivados são:

1) Orientação familiar: Diz respeito à atenção holística que considera o contexto familiar e seu potencial de cuidado, bem como, as ameaças à saúde;

2) Orientação comunitária: Resulta em um reconhecimento dos principais problemas e agravos da comunidade, bem como o planejamento e avaliação conjunta do serviço;

3) Competência cultural: Leva em consideração as características culturais de uma população, envolve conhecimento e atenção às necessidades de uma comunidade facilitando a relação com a mesma.

Seguindo a proposta de APS, no Brasil, está estruturada pelas Unidades de Saúde, ou seja, Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Unidades de Saúde da Família (USF).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, no Brasil, ficou definido os princípios da APS de acordo com as definições já estabelecidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e com a Constituição Federal em 1988 ficou aprovado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido o Ministério da Saúde (MS), busca transformar em ações estes princípios e operacionalizar a assistência para a APS¹⁷.

Resultante de diversos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população, as epidemias HIV/AIDS, obesidade, hipertensão, entre outros, a OMS em julho de 2005 no encontro realizado em Montevideu, Uruguai, com mais de 30 países representados, propõe um documento sobre a Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Este aborda que a APS é a melhor proposta para ações de saúde equitativas e sustentáveis, com participação atuante nos sistemas de saúde. Portanto, fica consolidado que o sistema de saúde com embasamento na APS, garante como objetivo primordial o direito à saúde, potencializando a equidade e a solidariedade e possui abordagem abrangente da organização e operacionalização¹⁸.

A Organização Pan-Americana da Saúde¹⁹ propõe a renovação da APS pelas seguintes razões: a existência de novos desafios epidemiológicos, necessidades de correção das debilidades e incoerências presentes nos enfoques mais limitados da APS, necessidade de incorporação na prática da APS de novos conhecimentos e novos instrumentos para incrementar sua efetividade. A APS fortalece a capacidade de empoderamento da sociedade para reduzir as desigualdades em saúde. Não obstante diversos fatores vêm aumentando a demanda na área da saúde, entre eles, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional,

consequentemente eleva o número de internações hospitalares, superlotação, insuficiência de leitos disponíveis e aumento do risco de infecções acarretando uma sobrecarga do sistema de saúde^{15, 20}.

São utilizadas quatro interpretações de APS, sendo a primeira, APS seletiva, com foco em pessoas e regiões pobres; a segunda, APS como porta de entrada ao sistema de saúde, como primeiro nível de atenção à saúde e na terceira, APS abrangente, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde como um direito humano fundamental¹⁵. Sendo que a quarta interpretação, está sendo implementada, referindo-se com enfoque de Saúde e Direitos de todos num aspecto mais abrangente envolvendo políticas globais e a influência dos fatores dos determinantes sociais.

A APS tem como sua atribuição desenvolver estratégias resolutivas na atenção de necessidades e demandas e estabelecer uma interface com os demais níveis de atenção, neste sentido, exige o comprometimento dos profissionais responsáveis²¹.

A Atenção Básica caracteriza-se:

... por ações coletivas e individuais de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, a reabilitação, redução dos agravos e manutenção da saúde considerando a integralidade o objetivo principal das ações desenvolvidas nesse nível de atenção, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde das coletividades²².

Portanto o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde deve ser preferencialmente pela Atenção Básica, norteada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social²². Em 1994 o Brasil inicia com o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecido como estratégia principal adotada pelo Ministério da Saúde na reorientação da APS, com base territorial, constituindo o acesso prioritário aos serviços de saúde, orientado pelos princípios do SUS²³.

A Saúde da Família (SF), é considerada como uma estratégia de política pública de reorientação dos serviços, compreendida como uma possibilidade de intervenção pela APS. Com objetivo de estruturar os sistemas municipais de saúde a fim de reordenar e promover uma transformação do modelo biomédico tradicional de atenção à saúde em ações centradas na interdisciplinaridade, práticas multiprofissionais, com serviços de saúde articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Procura racionalizar os demais níveis de

assistência e o reconhecimento pelo seu caráter inovador na atenção à saúde^{24, 25}.

O ESF propõe uma nova dinâmica do processo de trabalho, com participação da população na definição das responsabilidades em conjunto com os serviços de saúde, pautado nos princípios do SUS, desse modo reorienta a assistência centrada no indivíduo para uma prática centrada na família, entendida e percebida em todo o contexto do grupo social fundamental na sociedade e no âmbito da comunidade¹⁷.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 introduziu os atributos da APS propostos por Starfield⁴, ampliando o propósito da AB no Brasil²³. No Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida é reafirmado a SF como estratégia considerada prioritária para substituir o modelo biomédico e reorganizar os sistemas de serviços de saúde diante das novas demandas e necessidades da população. E reitera a necessidade de qualificar o ESF como base para organizar a AB, como um eixo estruturante de um sistema^{17, 26}.

Neste sentido, a APS, representada pelo ESF, é responsável como ordenadora, coordenadora e gestora do cuidado, não mais pela diretriz da hierarquia dos serviços, mas pela situação que lhe é conferida como a principal posição de centralidade na composição das redes de cuidado. Assim sendo, ampliando a capacidade de seu alcance pelo documento apresentado pela OMS, em 2008, com o nome: *Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca*²⁷.

3.2 COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Entende-se por coordenar o cuidado, a relação horizontal, contínua e integrada, a APS atua como o centro de comunicação entre os diferentes pontos de atenção que o usuário terá acesso, responsabilizando-se pelo cuidado e partilhando uma gestão com o objetivo de oferecer uma atenção integral. Ordenar as redes é entendida como o reconhecimento das necessidades da população, e a organização destas em relação aos diversos pontos de atenção, contribui para que o planejamento dos serviços de saúde dos usuários seja embasado conforme a necessidade dos mesmos²⁸.

A partir dos atributos essenciais da APS os conceitos de coordenação do cuidado e ordenação das redes são construídos como atributos das Redes de Atenção à Saúde. A APS é fundamental na estruturação e organização do sistema de saúde, a coordenação proporciona ao usuário a integração e orientação do cuidado através do sistema. Diante disso é inerente as informações sobre os problemas de saúde e serviços anteriores utilizados pelos usuários,

reconhecer estas informações como uma ferramenta relacionada às necessidades na prestação do atendimento²⁹.

O cenário do Sistema Público Brasileiro de Saúde sofre uma transição epidemiológica com um emergente aumento das condições crônicas de saúde e o sistema apresenta-se de forma fragmentada com foco em situações agudas, priorizando atendimento individual e isolado. Com isso foi estimulada a constituição de Redes de Atenção à Saúde (RAS) em busca de suprir essa necessidade, com objetivo de proporcionar uma atenção certa, no lugar, com o custo certo e no tempo certo²⁹.

As RAS têm como seu eixo estrutural a APS, considerada o centro de comunicação, a porta de entrada do sistema com a função de coordenação do cuidado e a ordenação das Redes de Atenção à Saúde. De acordo com as necessidades de saúde dos usuários, exerce também a função de resolubilidade, comunicação e responsabilização, esses serviços são pontos integrantes e fundamentais²⁹. Para que isso ocorra é necessário que a coordenação do cuidado na APS seja efetiva, pois ela é considerada um dos eixos centrais das RAS para a integração de serviços e disponibilidade de informações pelos sistemas de informação em saúde. Portanto, a RAS busca proporcionar atenção integral aos usuários a partir de ações e serviços de saúde funcionais articulados entre os diversos níveis de complexidade crescente e está baseada na lógica da descentralização do SUS³⁰.

Para viabilizar a integralidade do cuidado, há que estabelecer mudanças no cotidiano das instituições de saúde, buscando a responsabilização no cuidado ao usuário. O real encontro entre quem cuida e quem é cuidado, quer dizer, estabelecendo um vínculo, valorizando, as tecnologias leves, como as que envolvem a relação com o outro, um cuidado que tenha como princípio as necessidades singulares dos sujeitos³¹.

Há que se pensar que a integralidade do cuidado implica em movimento, em processo de interação, em idealizar o projeto de cuidado e responsabilizar-se pelo cuidado. Nesse sentido, o atendimento integral requer a superação da estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, exigindo o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional³².

A APS atua de acordo com os princípios do SUS, visando à promoção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas. Portanto todos os indivíduos têm direito de acesso ao conjunto de ações lhe assegurando assim uma atenção integral. Para que todos os municípios tenham os serviços disponíveis é necessário que formem regiões de saúde,

estruturando uma rede de serviços de saúde que ofereça a garantia da integralidade da atenção²¹.

Considerando que as redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade e a continuidade do cuidado³³.

Para que a regionalização aconteça é fundamental a municipalização, independente das diferenças locais e diversidade, o município deve assumir 100% do acesso da população à rede de serviços da Atenção Básica²¹. Sendo assim, a APS tem papel fundamental na hierarquização do sistema de saúde, na integralidade e equidade das ações e utilização dos recursos. Evidências corroboram que a APS tem capacidade resolutiva de até 85% das necessidades em saúde de uma comunidade, quando bem estruturada⁴.

Um serviço de saúde organizado com o objetivo/finalidade de garantir a longitudinalidade e a continuidade do cuidado deve participar diretamente na gestão da atenção à saúde, reconhecendo as necessidades de saúde nos diversos serviços e integrando as ações realizadas nesses serviços ao cuidado dos usuários adscritos na unidade de saúde. A compreensão da saúde ampliada requer entendimento de todos os envolvidos na assistência, os que cuidam, os que pensam e fazem saúde, portanto a contribuição de quem planeja e organiza as políticas e planos de ações em saúde é inerente para que a APS seja a coordenadora da atenção à saúde⁵.

Um serviço de coordenação frágil repercute diretamente na resolutividade da atenção prestada aos usuários. A construção do cuidado exige transformação nas organizações e nos processos de trabalho, bem como alteridade e plasticidade. Pensar o cuidado é uma maneira de reconstruir a saúde, uma vez que esta ao longo do tempo foi constituída em ações fragmentadas e individualizadas⁵.

A portaria Nº 2488, de 21 de Outubro de 2011 estabelece a nova Política Nacional de Atenção Básica, revisa as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, com abordagem de princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica e sua reafirmação como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde³⁰. A APS tem a função de ordenar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde e a partir da avaliação de riscos individual e coletivo e no critério cronológico, garantir ao indivíduo a continuidade do cuidado em todas as complexidades, é função dos entes federados orientar e ordenar os fluxos dessas ações e serviços de saúde³⁰.

A descontinuidade dos cuidados, a fragmentação da atenção à saúde e a posição ocupada pelo hospital como produtor do cuidado na atualidade, evidencia a necessidade da APS ser reconhecida como a principal proposta para a coordenação das redes. A coordenação do cuidado implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção à saúde, através do reconhecimento dos problemas que exigem acompanhamento constante. Os cuidados primários de saúde incluem a importância de serviços de apoio integrados e como consequência uma melhora contínua e progressiva dos cuidados de saúde para todos¹⁰.

3.3 A CONTRARREFERÊNCIA COMO ELEMENTO DO PROCESSO DA ALTA HOSPITALAR

O planejamento em saúde é uma ferramenta fundamental para a organização dos processos de trabalho, visto que permite sistematizar as ações, analisar as possibilidades, as limitações, os benefícios e as contribuições, considerando as eventuais intercorrências, prevendo alternativas e flexibilizando as ações³⁴.

Para a organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho voltados para a integralidade do cuidado é necessário que haja articulação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde, tanto no nível primário, secundário e terciário. Quando há falha na comunicação e na informação entre estes serviços à assistência fica fragilizada, sofrendo uma ruptura na sua continuidade³⁵.

Na concepção de Merhy³⁶ os instrumentos de trabalho são definidos como tecnologias, e estas classificadas em leve, leve-dura e dura. As leves correspondem às relações entre os prestadores de cuidado e os usuários. As tecnologias leve-duras são aquelas relacionadas à técnica e ao conhecimento necessário para obter-se algum resultado na assistência, como a contrarreferência. As tecnologias duras se referem aos equipamentos, medicamentos e outros instrumentos utilizados na atuação profissional.

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência devem conhecer os caminhos percorridos pelos usuários em busca de saúde e continuidade do cuidado, não comprometendo assim a resolutividade das ações em saúde³⁷. Oferecer aos usuários que precisam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para facilitar o acesso dentro do sistema de saúde só ocorrerá com a garantia da continuidade da atenção, ou seja, a coordenação do cuidado, por meio de profissionais de saúde que reconheçam os problemas de saúde que requeiram acompanhamento constante³⁸.

Nesta perspectiva, considera-se que o documento de contrarreferência do usuário pós

alta hospitalar para APS contribui para a manutenção da assistência, através de ações de saúde articuladas em rede com objetivo de promover a coordenação do cuidado de maneira contínua e sistêmica relacionadas à intensidade desse cuidado em uma dimensão individual³⁵.

Day³⁹ destaca em sua pesquisa a importância do envolvimento e esforço dos profissionais, equipe e serviços para efetivação da contrarreferência, que apesar das dificuldades, priorizar os casos contrarreferenciados e a reorganização dos serviços possibilitou o sucesso da comunicação entre os níveis de saúde favorecendo a integralidade do cuidado.

Neste sentido, na Rede Cegonha, o Ministério da Saúde⁴⁰ também tem como preocupação garantir uma puericultura qualificada na atenção básica, portanto enfatiza a importância dos profissionais investirem em um adequado encaminhamento para a continuidade da atenção neonatal, indicando o protocolo de referência desse RN, como um processo fundamental para a sobrevivência neonatal. A relação de redes e a comunicação entre os serviços é essencial para o êxito do trabalho.

Entretanto, a segregação do trabalho conforme campos de conhecimento estabelece barreiras para a atenção integral e o cuidado às pessoas, as instituições de saúde atuam em departamentos, com o cuidado fragmentando e distanciando da responsabilidade com o usuário. Visto por este aspecto para diminuir a fragmentação do processo de trabalho, é inerente a concepção de mudanças de paradigmas nas organizações de saúde, contribuindo para uma comunicação efetiva e a integração entre os diferentes níveis de atenção, promovendo uma melhor organização do trabalho³⁴.

No entanto, o enfermeiro exerce seu trabalho nas mais diversas áreas da saúde, sendo que, o princípio da integralidade da assistência, a avaliação holística do ser humano deve ser o eixo de articulação de seu trabalho, caracterizando-o como o diferencial do atendimento ao indivíduo³⁵. É atribuição do enfermeiro promover a continuidade da assistência do usuário que necessita de atenção integral para a promoção de sua saúde, mas para que esse processo aconteça é necessário a integração entre os níveis de atenção³¹. Neste sentido, ele pode estar atuando como agente referencial frente a equipe para auxiliar a coordenação do cuidado nos serviços de saúde, considerando o envio e o recebimento da contrarreferência entre o serviço hospitalar e de APS.

É fundamental reorganizar o sistema de saúde, para que esse projeto seja efetivado, com foco no usuário, buscando qualificar o acesso a partir de práticas de acolhimento, coordenar o cuidado através de articulação entre os níveis de atenção, incentivar o controle social e concretizar a equidade. Neste sentido, ressignificar a produção do cuidado sem

detrimento para as práticas de promoção e prevenção. Reconhecer o cotidiano das pessoas e os caminhos que percorrem em busca de atenção à saúde viabiliza a concretização de uma RAS, aproximando a teoria e a realidade do SUS. Dessa forma, o usuário descreve e analisa sua trajetória, expondo seu ponto de vista em relação a efetividade e qualidade da atenção à saúde que recebe^{41, 42}.

Estudo⁴³ aponta que são incipientes as investigações sobre os trajetos que os usuários percorrem, bem como quando e como as pessoas buscam ajuda para resolver suas demandas e necessidades de saúde. Apesar disso, pesquisas sobre essa temática tem potencial favorável para contribuir com a sistematização dos serviços de saúde, em busca de práticas assistenciais pautada no contexto, na integralidade e na compreensão do usuário.

A fragmentação dos serviços, programas, ações e práticas clínicas de saúde que existe hoje, demonstra que o modelo de atenção à saúde não acompanha as transições dos padrões epidemiológicos da população, portanto mostram uma incoerência entre a oferta dos serviços e as necessidades de atenção. É eminente uma mudança na oferta do cuidado aos usuários, este deve se dar de forma integral, deste modo requer uma organização da atenção e da gestão do SUS para enfrentar os desafios desta situação de saúde voltados para o usuário real que necessita de atenção e cuidado⁴⁴.

4 MÉTODO

Este capítulo descreve a trajetória percorrida para o alcance dos objetivos estabelecidos. A partir disso, é apresentado o tipo de estudo, o local a ser pesquisado, o modo pelo qual foram selecionados os participantes, além das técnicas de coleta de dados e do procedimento de análise das informações coletadas, atendendo aos preceitos éticos e legais desta investigação.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Utilizou-se a combinação de abordagens qualitativa e quantitativa. Estas duas formas de comunicação diferenciadas devem convergir para a mesma meta, aproximando-se, ao máximo possível da realidade que se propõem a discutir. A combinação de múltiplas estratégias de pesquisa permitiu apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, resultando no aumento na qualidade e na quantidade de dados utilizados. Atende tanto aos requisitos do método qualitativo, garantindo a representatividade e a diversidade de opiniões dos participantes da pesquisa, quanto às exigências do método quantitativo no que se refere à magnitude, cobertura e eficiência do programa, do projeto ou do assunto pesquisado⁴⁵.

A abordagem quantitativa está enraizada no raciocínio lógico, tendo como finalidade auxiliar o pesquisador a encontrar uma teoria, na qual é convertida em variáveis, conformando, enfatizando ou contrariando determinada hipótese⁴⁶.

A abordagem qualitativa de caráter descritivo favorece a proximidade do pesquisador para com a realidade vivenciada e do leitor para com o entendimento textual, permitindo realizar o levantamento das características encontradas durante o estudo⁴⁷. Para abordagem qualitativa foram realizadas observações do processo de alta hospitalar e uma roda de conversa com os coordenadores da APS.

As observações ocorreram em três períodos, de forma intencional, nos dias da semana e no turno da manhã, devido a ocorrência das altas neste turno, conforme combinado previamente com a enfermeira responsável da unidade. No total foram observadas quatro altas, duas em dois períodos de três horas, sendo uma em cada período e duas no período de cinco horas.

As observações foram registradas em diário de campo e para as anotações foram considerados os seguintes aspectos: observação da alta do usuário; profissional responsável por realizar as orientações pós alta; existência do documento de contrarreferência; informações que continham neste documento; se havia contato telefônico com a APS; profissional recebia as

informações na APS; orientações aos familiares e recebimento de informações sobre a contrarreferência e orientações pós alta programadas.

Para a realização da etapa da roda de conversa, o encontro foi previamente agendado com a Coordenação da Atenção Básica do município e foi realizado em 28 de junho de 2017, na sala de reuniões do ambulatório do idoso, com duração de três horas. Este local é onde acontecem algumas reuniões dos enfermeiros com a gestão da atenção básica. Estavam presentes no encontro duas representantes da Coordenação da Atenção Básica e os 20 enfermeiros coordenadores das unidades de de saúde da família.

A partir da aplicação desta metodologia foi elaborado uma proposta de documento de contrarreferência hospitalar a partir da APS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul que conforme a Fundação de Economia e Estatística (2015), possui 128.437 habitantes, apresenta densidade demográfica de 165,1 hab/km², sendo que concentra na zona urbana em torno de 87,13% da população e na zona rural, o equivalente 12,87%, mantendo-se a tendência regional de maior fluxo de moradores na zona urbana. Em termos populacionais, apresenta o maior número de habitantes no Vale do Rio Pardo⁴⁸.

Para a realização da pesquisa foram utilizadas as unidades de internação do hospital de referência e as Estratégias de Saúde da Família que compõem a APS vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O hospital de referência é o principal centro de saúde do Vale do Rio Pardo, no interior do Rio Grande do Sul, considerado Hospital Escola, trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos. Possui 234 (duzentos e trinta e quatro) leitos e cerca de 900 (novecentos) funcionários. É centro de referência em Alta Complexidade Cardiovascular, Traumatologia e Ortopedia além de oferecer atendimentos em diversas especialidades aos usuários de planos de saúde, privados, porém em sua maioria destinados aos usuários do SUS. O estudo foi realizado nas duas unidades de internação que realizam alta de usuários do SUS, clínica e cirúrgica.

A APS do município é composta de 31 unidades de saúde (US), as quais compreendem 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 22 Estratégias de Saúde da Família (ESF), localizadas em diversos territórios do município.

O cenário deste estudo foi composto por 20 Estratégias de Saúde da Família, duas foram excluídas da pesquisa por serem coordenadas pela pesquisadora. As unidades de saúde tem a lógica dos atendimentos voltada para a produção de saúde e a atuação do agente comunitário de saúde potencializando as ações na comunidade.

Nestes serviços são realizadas consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, aplicação de vacinas, curativos, inalações, injeções, coleta de exames citopatológicos, encaminhamento para especialidades, dispensação de medicamentos, ações de prevenção, educação e recuperação da saúde. Os atendimentos são realizados na unidade ou domicílio, além de outros espaços comunitários como escolas e creches.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram os coordenadores das equipes de SF e a escolha foi por conveniência.

Todos os coordenadores envolvidos na admissão na rede básica de saúde, na especificidade da ESF foram convidados a participar da pesquisa, totalizando 22 profissionais.

Os critérios de inclusão que envolveram os profissionais que atuavam há pelo menos seis meses nas equipes e ter mais de 18 anos. Os critérios de exclusão compreenderam profissionais em qualquer tipo de licença (saúde, maternidade, outras), em férias, bem como aqueles que estiverem apenas substituindo outro profissional na unidade por período inferior a seis meses e unidades em que a pesquisadora atua como coordenadora.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, após aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e foi realizada em quatro etapas:

Na **primeira etapa** ocorreu a observação participante do processo de alta hospitalar. Essa é considerada estratégia metodológica que permite a observação detalhada de comportamentos e falas. Consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação⁴⁷.

A observação ocorreu nas unidades de internação clínica e cirúrgica, para acompanhar o processo de alta hospitalar dos usuários. Conforme contato prévio com a enfermeira

responsável pela unidade. As observações aconteceram no período da manhã, visto que neste turno acontecem as altas. Foram realizados três períodos de observação e as anotações foram realizadas em um diário de campo. Um roteiro (APÊNDICE A) considerou os aspectos da alta hospitalar e contrarreferência, sendo construído para guiar os registros das observações.

Na **segunda etapa** foi utilizado um questionário autoaplicável adaptado do Manual de Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Toll (PCATOLL)⁴⁹ aplicado aos coordenadores das equipes de ESF (APÊNDICE B). Ele foi analisado por meio de uma Escala de Likert sobre coordenação do cuidado, com as opções para avaliação: com certeza; provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; sei/não lembro.

A coleta dessa etapa ocorreu conforme combinação prévia com a Coordenação da Atenção Básica do município, os questionários foram aplicados em reunião mensal dos enfermeiros, em local designado pela mesma e concordância dos participantes.

Para a realização da **terceira etapa** foi programado um encontro com os coordenadores das equipes de ESF, este foi organizado no formato de roda de conversa para discussão de elementos necessários para a confecção de um documento de contrarreferência que atendesse as necessidades dos profissionais da APS, fundamentado nas etapas de coleta de dados anteriores.

A **quarta etapa**, foi construído um documento de contrarreferência fundamentado nos resultados da primeira, segunda e terceira etapas da coleta de dados e nos estudos sobre a temática. O principal objetivo do documento é melhorar o funcionamento do processo de contrarreferência hospitalar, a partir da padronização e sistematização da comunicação entre os diferentes níveis assistenciais⁵⁰.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos registros das observações foram analisados através da análise de conteúdo temática⁵¹. As fases para a operacionalização dessa análise englobam: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos dados e interpretação⁵¹. A autora destaca a fase da descrição ou preparação do material, a inferência, ou dedução, e a interpretação. Dessa forma, os principais pontos da pré-análise são a leitura flutuante (primeiras leituras de contato), a escolha dos documentos (no caso, os questionários transcritos), a formulação das hipóteses e objetivos (relacionados com a satisfação), a referenciação dos índices e elaboração das

categorias temáticas (a frequência de aparecimento), e a preparação do material⁵¹.

Os dados dos questionários foram armazenados no programa *Excel*, em seguida foram realizadas as frequências simples e absolutas e apresentação dos resultados em tabela.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A ética, indispensável a toda e qualquer pesquisa de caráter humano, neste estudo seguiu os aspectos legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵². O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (ANEXO 1). Para as instituições do município envolvidas na pesquisa foi solicitado autorização para a realização da pesquisa. O termo de anuência foi emitido pela Diretora das ações e serviços da Prefeitura (ANEXO 2) e pela Direção do hospital (ANEXO 3). Aos participantes foi aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE (APÊNDICE C).

O estudo implicou em riscos mínimos aos participantes decorrentes do constrangimento em qualquer uma das etapas da coleta de dados. O pesquisador se compromete em preservar as informações garantindo sigilo e anonimato. Ao final as informações serão divulgadas em artigo(s) científico(s) sem prejuízos para os profissionais e instituições.

Os formulários dos questionários e os registros das observações ficarão guardados por cinco anos, após serão destruídos, conforme dispõe a Lei 9.610/2008⁵³.

A pesquisadora comprometeu-se com os participantes dos serviços de saúde estudados em divulgar os resultados do estudo. Será agendado um encontro com esta finalidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo foi organizado em quatro subcapítulos intitulados, respectivamente em: Alta hospitalar; Perspectiva dos coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar; Discutindo uma proposta de documento de contrarreferência hospitalar na atenção primária à saúde; e Proposta de documento de contrarreferência hospitalar.

5.1 Alta hospitalar

Foram realizadas as observações durante o processo da alta dos usuários internados na unidade clínica e cirúrgica que prestam assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no hospital de referência do município do interior do Rio Grande do Sul, com objetivo de acompanhar e identificar a contrarreferência como um dos elementos da transição do cuidado durante a alta hospitalar e coordenação do cuidado na APS.

A partir de então, segue a descrição da organização da alta hospitalar observada.

5.1.1 Organização da alta hospitalar

Foram observados os processos de alta hospitalar de usuários adultos e idosos internados na unidade clínica e cirúrgica com diagnósticos variados, como parada cardio respiratória, pneumonia adquirida na comunidade complicada por comorbidades, endarterectomia e prótese total de quadril. A faixa etária dos usuários variou de 60 a 79 anos de ambos os sexos.

A alta hospitalar é predominante no turno da manhã, até às 13hs, visto que a prescrição médica tem validade até este horário. Na maioria das vezes, foi realizada pelo médico e pelo secretário do posto de enfermagem, sendo este o profissional que se destacou. A enfermeira é a profissional que contrarreferenciou o usuário para a casa geriátrica e que tentou contato com a APS para o acompanhamento do usuário, ela acompanhava as altas dos usuários que necessitavam de maiores cuidados, como curativos e alimentação por sonda nasoentérica. Durante as altas cirúrgicas a enfermeira não esteve presente. Todas as altas transcorreram no quarto do usuário à beira do leito.

A instituição hospitalar possui um documento próprio para a alta hospitalar, a nota de alta médica. As informações da nota de alta médica abrangem história clínica do usuário, tratamento realizado enquanto esteve internado, condições clínicas de alta, retorno para

ambulatório especializado e utilização do serviço de emergência portando a nota de alta, no caso de intercorrências. Em ambas, não há informações sobre a APS e nem documento de contrarreferência hospitalar para a APS. Foi observado que a enfermeira improvisa um documento para contrarreferenciar usuários para outros serviços quando julga importante fazê-lo e de acordo com as características do usuário, como para casa geriátrica. Este documento não é sistematizado e nem padronizado. Não entanto, não foi observada nenhuma contrarreferência para a APS. Além de não ser utilizado um documento de contrarreferência formal para APS também, não houve contato telefônico ou qualquer outro tipo de comunicação com os profissionais da APS para o retorno do usuário. No entanto, existe um livro de registro de contrarreferência para a APS desatualizado e pouco utilizado.

As orientações sobre cuidados a usuários e familiares eram realizadas de forma verbal no momento da alta. A nota de alta e a receita dos medicamentos era entregue pelo médico que explicava aos familiares como deveria ser o uso, porém, na nota de alta não havia informações sobre as medicações pós internação. O médico orientava verbalmente os familiares a realizar xérox dos documentos e procurar seu posto de saúde, exceto a contrarreferência para a clínica geriátrica.

Uma das altas observadas foi de um usuário, masculino, 62 anos, que no momento apresentava-se estável clinicamente, com boa movimentação de todos os membros, permanecia com sonda nasointestinal, com pouca interação e curativo em escara.

A nota de alta continha a seguinte descrição: *usuário internado por 40 dias devido uma parada cardiorrespiratória (PCR) em via pública, com duração de 40', 10' não assistido e 20' assistido pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e 10' no hospital, após ter estabilizado no Pronto Atendimento foi encaminhado para realizar cateterismo, por suspeita de infarto agudo do miocárdio (IAM). No exame não foi evidenciado IAM. Após o procedimento foi encaminhado para Unidade de Tratamento Intensivo, mantendo-se instável hemodinamicamente, necessitando de drogas vasopressoras. Para melhor elucidação diagnóstica foi realizado ecocardiograma o qual evidenciou prolapso mitral e regurgitação mitral. Usuário começou com febre e foi diagnosticada bactéria multiresistente em urocultura, permanecendo em tratamento com antibioticoterapia. Neste período de internação apresentou escara lombo sacra grau IV, onde foi necessário desbridamento para limpeza da escara. Durante a internação permaneceu sem colóquio, apenas vocabulizando, apresentando comunicação limitada, com pouca expressão. Gradativamente foi melhorando das infecções, apresentando-se apirético, com boa resposta aos antibióticos, evoluiu com normalização dos sinais vitais e sem aparecimento de novos sintomas, recebeu alta para a unidade de internação,*

permanecendo na mesma por 10 dias, com dieta por sonda nasoentérica, eliminações fisiológicas em fraldas, medicação endovenosa e curativos na escara. Finalizando a nota de alta constam três itens separados por numeração arábica, 1-para procurar o pronto atendimento no caso de piora ou surgimento de novos sintomas, portando a nota de alta, 2-informações da data de retorno no ambulatório de arritmias e de clínica médica e 3- cuidados e trocas de curativos em região sacra, sem maiores especificações.

Na descrição na nota de alta, ficou evidente a descrição do histórico do usuário durante a internação, as condições clínicas para a alta, orientações sobre retorno ao ambulatório hospitalar e que serviço procurar no caso de urgência. Porém, na nota de alta não havia informações sobre as medicações pós internação e nem documento de contrarreferência para a APS. Entretanto, foi observado tentativas de contato telefônico da enfermeira com a unidade de APS referência do usuário para relatar o caso do usuário.

A comunicação escrita incluída na nota de alta, com informações pertinentes que necessitam ser transmitidas do hospital aos serviços da rede de atenção à saúde são fundamentais para o acompanhamento de usuários em situação de qualquer natureza nos serviços de APS. É fundamental que o usuário receba atendimento pós a alta hospitalar, para oferecer um suporte e ajudar na compreensão das informações, com isso reduzindo as taxas de readmissão e utilização hospitalar facilitando esta comunicação em um resumo abrangente da alta por escrito é muito importante⁵⁴.

Foram fornecidas informações sobre a alta do usuário aos seus familiares. O filho e a esposa do usuário estavam presentes no quarto no momento da alta. Primeiramente, a nutricionista forneceu orientações verbais e escritas sobre a dieta enteral que seria necessária até que o usuário conseguisse ingerir alimentos via oral. Duas horas após as orientações da nutricionista, o residente de medicina realizou as orientações quanto aos medicamentos, cuidados com o curativo, retornos no ambulatório para acompanhamento com cardiologista. Ele orientou procurar o posto de saúde para acompanhamento com o médico da unidade, bem como guardar documentos e realizar xerox para fornecer na unidade de saúde.

As intervenções desenvolvidas no decorrer da alta são muito relevantes para os usuários e familiares tanto para os cuidados no domicílio quanto para o acompanhamento na APS. Isso porque, em determinados quadros clínicos, os usuários podem apresentar períodos de agudização da doença e precisam de cuidados nos serviços especializados e de emergência¹⁴.

Apesar das orientações terem sido repassadas separadamente pelos profissionais (nutricionista, médico e enfermeira) aos familiares e, isso demonstrar certa fragilidade no planejamento da alta pela equipe, percebeu-se o esforço individual para que houvesse sucesso

no retorno do usuário ao lar e preocupação em articulá-lo na APS. O trabalho em equipe está diretamente associado ao compartilhamento de tarefas entre os indivíduos. Deste modo, a definição de equipe corrobora-se no fortalecimento do conjunto de pessoas que constroem um vínculo em busca de um objetivo comum, trabalhar em equipe significa conectar diferentes saberes, conhecimentos e pensamentos, valorizando a produção de cuidados de cada membro com perspectiva em resultado coletivo⁵⁵.

A organização do processo de transição do cuidado inicia-se no preparo do indivíduo para a alta e é finalizado quando chega no próximo serviço, incluindo nesse intervalo de tempo todo o plano da alta, a educação em saúde da família e usuários, até a gestão do trajeto a ser percorrido pelo usuário, o contato com os serviços de saúde e a comunicação entre os profissionais envolvidos no processo¹⁴. Assim, é possível, sucesso da terapia através do seguimento pós alta, para a diminuição das reinternações evitáveis e custos desnecessários.

A transferência do usuário do hospital para o lar, também traduz a transição do cuidado para o ambiente familiar e quando este processo não ocorre de forma programada, este usuário pode estar exposto a eventos adversos. Portanto padronizar o planejamento da alta e iniciar o processo no início da internação do usuário pode garantir uma transição segura para a casa, considerando a comunicação com os prestadores de cuidados primários um foco importante para diminuir os resultados adversos⁵⁴.

Durante o acompanhamento da alta hospitalar de outro usuário, masculino, 67 anos, verificou-se que o processo ocorreu de forma programada com a família, pois na semana anterior o médico assistente discutiu com a família sobre a possibilidade de alta e forneceu orientações sobre os cuidados com alimentação por sonda e curativos, foi quando a família decidiu institucionalizar o pai em uma casa geriátrica, pois a mesma oferecia condições mais adequadas para atender as necessidades de cuidado do pai. Estavam presentes no momento da alta os médicos residentes que acompanharam desde o primeiro dia de sua internação, a enfermeira da unidade, a residente de enfermagem, a acadêmica de enfermagem, o filho do usuário e uma amiga da família.

Foram realizadas orientações verbais sobre uso das medicações, cuidados com os curativos e com a sonda nasoentérica, os retornos em ambulatório especializado, bem como foi orientado a importância de levar a nota de alta fornecida até a unidade de saúde próxima a casa geriátrica, pois haveria necessidade de acompanhamento do usuário, de encaminhar para o serviço especializado e de renovar os medicamentos de uso contínuo.

A nota de alta médica englobava as informações do usuário sobre tempo de internação e breve histórico. Segue as informações: *usuário havia permanecido internado no hospital por*

88 dias, devido pneumonia adquirida na comunidade, que se agravou. Chegou no pronto atendimento do hospital e evoluiu com piora do padrão ventilatório, necessitando de intubação endotraqueal e internação na UTI. Apresentou Síndrome de desconforto respiratório agudo grave, fez uso de antibioticoterapia e após 27 dias de internação em UTI recebeu alta para unidade de internação, onde apresentou piora do quadro clínico e 8 dias depois retornou para a UTI devido polineuropatia do doente crítico, necessitando de traqueostomia para limpeza brônquica. Com sepse respiratória grave, necessitando novamente de antibióticos, permaneceu na UTI mais 14 dias e teve alta para a clínica de internação. Na unidade apresentou melhora clínica importante e foi retirado a traqueostomia 29 dias após a alta da UTI. Usuário também apresentou síndrome de desabsorção, fazendo uso de sonda nasoentérica para alimentação e com escara grau IV no cóccix. Para finalizar a nota de alta algumas orientações estavam organizadas em itens em números arábicos, 1- Se necessário procurar a emergência do hospital portando a nota de alta, 2- aderir as medicações conforme a prescrição médica e 3- agendar a consulta de retorno no ambulatório de Clínica médica com data e horário já estabelecidos.

A enfermeira elaborou um documento para contrarreferenciar o usuário para a casa geriátrica, pois percebeu necessidade deste encaminhamento. Este documento, foi feito minutos antes da alta e nele foram inseridas as seguintes informações identificação do usuário, a unidade referenciada, um breve relato da história clínica do usuário durante a internação e cuidados relacionados ao curativo, como o material, produtos utilizados e posologia. A enfermeira da unidade, também, realizou contato com a enfermeira da casa geriátrica, relatando o quadro clínico do usuário, os cuidados necessários e sua história de saúde durante sua internação na instituição. A enfermeira comentou, que a nutricionista, em outro momento, também, havia realizado as orientações ao filho do usuário e fornecido prescrição para cuidados e alimentação com a sonda nasoentérica.

A partir dos laços formados entre os profissionais de saúde e o usuário, o vínculo é estreitado, facilitando a continuidade do cuidado e conseqüentemente a confiança, a fim de se estabelecer relações de escuta, respeito mútuo e comunicação. Essa aproximação facilita a adesão ao tratamento, visto que os profissionais se responsabilizam pelo seu bem-estar⁵⁶.

Neste dia, a enfermeira responsável pela unidade relatou a existência de um livro de controle para contrarreferência dos usuários, da unidade de internação clínica e cirúrgica. Os dados anotados no livro eram: número do atendimento, o nome do usuário, endereço, telefone, a equipe de saúde da família/unidade básica de saúde de referência do usuário, motivo de internação, diagnóstico definitivo, data da alta, data da consulta e o responsável por avisar a APS. No entanto, haviam poucos registros atuais. Durante as observações o livro não foi

utilizado, argumentado pela enfermeira que a falta de tempo dos profissionais impossibilitava o preenchimento do mesmo e que também não havia uma rotina estabelecida sobre o livro.

Responsabilizar membros da equipe na coordenação do atendimento ao usuário no ambiente hospitalar proporciona o engajamento e o comprometimento com os usuários e familiares, facilitando assim o ensino diário. Desse modo, possibilita momentos para avaliar as orientações transmitida e a capacidade de compreensão dos planos de tratamento, bem como para analisar os planos de cuidados que se modificaram durante a internação⁵⁴.

Os enfermeiros, são identificados como os profissionais responsáveis pela coordenação do cuidado e pela garantia de transições com segurança e de qualidade, portanto a relevância do seu papel na transição do cuidado, além de exigir uma postura crítica e ativa¹⁴. Assim sendo, o enfermeiro tem o papel de buscar meios para qualificar a transição do cuidado, contribuindo na sua implantação e implementação, uma importante estratégia está em compreender as percepções de usuários e cuidadores sobre o processo da alta do hospital para o lar⁵⁷. O enfermeiro torna-se um agente de mudança de sua prática e participa ativamente na tomada de decisões. Proporcionando transições exitosas, a partir de subsídios que embasam intervenções baseadas em evidência garantindo e qualificando a continuidade do cuidado⁵⁷.

Na atualidade, não há uma nota de alta padrão em relação aos seus registros, tanto a nível nacional quanto internacional. Apesar disso, Acosta¹⁴ a partir de uma revisão de literatura e documental estabeleceu um padrão para o sumário de alta, estabeleceu como elementos fundamentais: a identificação do usuário; a indicação da internação; diagnósticos e comorbidades; achados clínicos relevantes e outros achados; diagnóstico e tratamento realizado; medicamentos importantes; inclusive os que serão utilizados em casa; exames pendentes; evolução e condições de saúde no momento da alta; informações educativas relacionadas ao acompanhamento (designadas a usuário e família), e destino da alta e retorno.

A transição do cuidado ocorre na multiplicidade das interações relacionais, incluindo usuário, familiares, cuidadores e os profissionais responsáveis pela assistência nos diferentes níveis do cuidado. Visto que é um processo complexo que acontece em vários contextos e exige coordenação e comunicação entre pessoas com diferentes formações, conhecimentos e competência¹⁴.

Portanto o cuidado centrado nas necessidades não só do usuário, mas também de sua família possibilita uma decisão compartilhada sobre seu tratamento, de modo que modificações entre profissionais, programas, serviços de atenção à saúde sejam baseadas no respeito mútuo, ordenado, eficiente e efetivo⁵⁸.

Como estratégia de superação a fragmentação do cuidado e objetivo de garantir a

coordenação dos cuidados na rede de atenção à saúde e assim efetivar uma atenção integral surge a transição do cuidado em resposta ao crescimento constante das doenças crônicas, ao envelhecimento populacional e atender a nova tendência de diminuir o tempo de internação hospitalar e aumentar o cuidado na APS¹⁴.

A alta hospitalar constitui para os usuários, um momento de desafio, pois ao retornar para a casa precisam adaptar-se às novas medicações, as dúvidas e a recuperação no domicílio. Diversas são as consequências quando a transição do cuidado não é realizada de maneira eficiente, incluindo desde resultados adversos, erros de medicação até a pouca adesão ao tratamento, além de aumentar o risco de readmissão hospitalar⁵⁹.

Em nova observação do processo de alta hospitalar de uma usuário, feminina, 79 anos, pós cirúrgico de colocação de prótese total de quadril, destacou-se o papel do secretário de posto de enfermagem. O médico chegou no posto de enfermagem e comunicou o secretário de posto, (que é responsável por realizar a entrega da nota de alta) que a usuário estava recebendo alta e que já tinha realizado as orientações e fornecido as receitas dos medicamentos. O secretário é o responsável por revisar o prontuário, fornecer os exames realizados pelo usuário e a nota de alta que deverá ser entregue na saída da instituição. Ao acompanhar o secretário do posto até o leito, foi observado que a usuária estava desorientada e confusa no tempo e no espaço, sem acompanhante e que não estava entendendo nada do que estava acontecendo.

Desta forma, o secretário de posto realizou contato com o acompanhante, o filho, que veio até o hospital e também orientou verbalmente o familiar sobre a alta e sobre a receita fornecida pelo médico, pois na nota de alta não havia nada escrito. Também, foi necessário realizar contato telefônico com o médico para saber a data de retorno no ambulatório de traumatologia com o mesmo, pois a usuária tinha esquecido e não tinha nada registrado. Ainda, foi feito, pelo secretário de posto, contato com os responsáveis pela ambulância do município, para solicitação de transporte, visto que a usuária ainda não havia sentado e necessitava ser transferida deitada ao domicílio. Além disso, o secretário de posto solicitou ao residente clínico, que avalia todos os usuários cirúrgicos, que fornecesse as orientações médicas aos familiares porque não tinham conversado com o médico assistente. A enfermeira não participou do processo da alta hospitalar desta usuária.

Em nenhum momento, deste processo de alta hospitalar a enfermeira participou.

A ausência da programação da alta, a construção do plano de cuidados sem a presença dos principais envolvidos, usuário e família, a falta de orientações de alta e a ausência do documento de contrarreferência a fim de possibilitar a continuidade da assistência na atenção primária à saúde são entraves que influenciam a qualidade da transição do usuário do hospital

para o domicílio¹⁴.

Após 30 minutos do contato com os familiares, o filho apareceu, recebeu as orientações do secretário de posto e 15 minutos depois a ambulância do município buscou a usuária para conduzi-la até a residência da filha que ficaria responsável pelos cuidados.

Na última observação realizada, foi a alta de uma usuária, do sexo feminino, 60 anos, que foi submetida a cirurgia de endarterectomia devido estenose crítica de carótida interna direita, sem intercorrência e que permaneceu internada na unidade cirúrgica por dois dias. A situação ocorrida foi diferente das precedentes. No posto de enfermagem, ao revisar os prontuários o secretário encontrou a nota de alta da usuária. A nota possuía informações sobre o procedimento realizado, as condições clínicas de alta da usuária após a cirurgia, ou seja, bom estado geral, sinais vitais estáveis, sem sintomas neurológicos focais e ferida operatória sem sinais de sangramento, no final da nota continha um item evidenciando que orientações e retorno estavam anexo. Dessa forma, ao acompanhar ao secretário de posto até o quarto da usuária para conversar sobre a alta, foi visto que a usuária estava aguardando, fora do leito, um profissional para realizar o curativo e solicitar transporte para ir para casa, pois era de outro município. O secretário de posto realizou as orientações da nota de alta, conferiu a receita dos medicamentos, as orientações de retorno e após realizou contato com a secretaria de saúde do município da usuária para a solicitação do transporte. O mesmo comunicou a enfermagem que a usuária aguardava a realização do curativo e as orientações com o mesmo após a alta. Verificou-se que o médico assistente comunicou a usuária da alta, forneceu a data de retorno e receita médica, porém, não comunicou a da equipe de enfermagem sobre a alta e foi embora. A enfermeira da unidade não participou do processo da alta, o secretário de posto comunicou uma enfermeira que estava com os alunos em supervisão de estágio para realizar o curativo e que a usuária estava aguardando a realização do mesmo. A falta de comunicação influencia diretamente no atendimento pós alta, desse modo sabe-se que as readmissões hospitalares não planejadas e os eventos adversos são comuns, atingindo cada um cerca de 20% dos usuáriors nas primeiras semanas pós a alta hospitalar⁶⁰.

A agilidade, a prontidão e paciência do secretário do posto para ajudar os usuários e familiares chamou atenção durante as observações realizadas. Em conversa com ele, o mesmo informou estar fazendo o curso técnico de enfermagem.

Ao finalizar as observações, percebeu-se que não há padrão para o procedimento de alta, variando entre os profissionais que a realizam, que o documento de alta apresenta limitações e que não há documento de contrarreferência para a APS. Na nota de alta não aparece as medicações que o usuário deverá utilizar em domicílio. O enfermeiro geralmente não participa

do processo e o médico é o protagonista da alta. A figura do secretário do posto de enfermagem se destacou nas orientações aos usuários e família.

Verifica-se a complexidade do processo de alta que ocorre durante toda a hospitalização do usuário exige coordenar os cuidados que devem iniciar no dia da admissão. As informações fornecidas apenas horas antes do usuário sair do hospital é um tempo insuficiente para educação do usuário. Do mesmo modo que protocolos de atendimento e planos de cuidados padronizados colaboram na otimização do cuidado e dos resultados, uma abordagem programada para os processos de alta garantiria uma transição segura do hospital para o lar⁵⁴.

Acredita-se que o investimento durante o processo de internalização, ou seja, desde o momento de admissão do usuário no hospital reduz as taxas de re-hospitalização⁶¹. A importância da implementação da transição do cuidado nos serviços de saúde, justifica-se pela taxa de quase 15% das internações hospitalares que ocorrem devido as readmissões e uma quantidade relativa de atendimentos em serviços de emergência são oriundas de usuários por doenças crônicas descompensadas⁶².

A estratégia de ensino é utilizada para garantir o entendimento do usuário sobre seus problemas de saúde e também considerada uma ferramenta eficaz na educação dos usuários. Pois no dia da alta as diversas informações acabam confundindo, portanto, a importância desse planejamento diário vinculado a educação do usuário⁵⁴.

As transições de cuidados, em particular do hospital para o lar é um período vulnerável, considerado como um ponto confuso, onde a comunicação é insuficiente para usuários, familiares e equipes de saúde. Muitos usuários chegam em casa sem as instruções necessárias para realizar seu autocuidado, conseqüentemente tornando o seu pós alta mal sucedido⁶⁰.

Os enfermeiros percebem a urgência imediata como objetivo básico de seu trabalho, desse modo, após a recuperação do usuário, o processo de alta não é considerado como prioridade, visto que outras demandas estão sob a responsabilidade do enfermeiro¹⁴. A admissão do usuário recebe mais atenção dos serviços de saúde e que não há muita preocupação com a alta da unidade⁶³.

Vários aspectos estão relacionados com a alta hospitalar, neste sentido é impreterível identificar os fatores influenciadores e determinantes da eficiência deste processo, permitindo a continuidade de cuidados, a recuperação do indivíduo e reinserção no seu contexto social. Integrar os usuários e cuidadores no plano de alta e envolvê-los em todos os cuidados realizado, necessitando esse processo de ensino-aprendizagem ser construído transversalmente em todo o período da hospitalização. A alta reproduz a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar, pode ser considerada como a fase final da internação, mas não a última etapa de

prestação de assistência⁶⁴.

No entanto o desenvolvimento da alta implica numa recuperação exitosa ou em reinternação. Os resultados do pós alta são os principais avaliadores da qualidade dos cuidados de saúde. Em suma, as observações permitiram identificar que não há um documento de contrarreferência estruturado para APS e existe uma nota de alta que apresenta limitações, como a ausência dos medicamentos que o usuário deverá utilizar, a inexistência de referência à comunicação com a atenção básica, limitando-se apenas a orientação verbal em procurar atendimento na APS, e a supremacia do profissional médico no processo da alta, onde o enfermeiro não exerce sua autonomia.

5.2 Perspectiva dos coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar

Dos 22 coordenadores das unidades de saúde de APS do município estudado, 20 participaram do estudo. Foram excluídos do estudo as duas equipes de SF em que a pesquisadora atua como coordenadora. Todos os coordenadores são da categoria profissional de enfermeiros e, também, exercem atividades assistenciais nas unidades. Na Tabela 1 são apresentados os resultados referentes a perspectiva de coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar.

Tabela 1. Perspectiva de coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar de um município do interior do Rio Grande do Sul, 2017.

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Você tem conhecimento de todas as consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados?		
Com certeza, sim	2	10
Provavelmente, sim	6	30
Provavelmente, não	8	40
Com certeza, não	4	20
Não sei/Não lembro	-	-
Quando seus usuários necessitam um encaminhamento, você conversa com os usuários sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?		
Com certeza, sim	8	40
Provavelmente, sim	8	40
Provavelmente, não	4	20

Tabela 1. Perspectiva de coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar de um município do interior do Rio Grande do Sul, 2017.

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Com certeza, não	-	-
Não sei/Não lembro	-	-
Alguém de seu serviço de saúde ajuda o usuário a agendar a consulta encaminhada?		
Com certeza, sim	11	55
Provavelmente, sim	6	30
Provavelmente, não	1	5
Com certeza, não	2	10
Não sei/Não lembro	-	-
Quando seus usuários são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?		
Com certeza, sim	17	85
Provavelmente, sim	1	5
Provavelmente, não	2	10
Com certeza, sim	-	-
Não sei/Não lembro	-	-
Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações escrita em documento de contrarreferência sobre os usuários encaminhados?		
Com certeza, sim	2	10
Provavelmente, sim	3	15
Provavelmente, não	10	50
Com certeza, não	4	20
Não sei/não lembro	1	5
Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações via telefone sobre os usuários encaminhados?		
Com certeza, sim	-	-
Provavelmente, sim	1	5
Provavelmente, não	4	20
Com certeza, não	15	75
Não sei/Não lembro	-	-
Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seus usuários sobre os resultados desta consulta?		
Com certeza, sim	4	20
Provavelmente, sim	13	65
Provavelmente, não	3	15
Com certeza, não	-	-
Não sei/Não lembro	-	-
Na sua opinião, é importante receber a contrarreferência escrita dos serviços que seus usuários foram referenciados?		
Com certeza, sim	18	90

Tabela 1. Perspectiva de coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar de um município do interior do Rio Grande do Sul, 2017.

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Provavelmente, sim	2	10
Provavelmente, não	-	-
Com certeza, não	-	-
Não sei/Não lembro	-	-
Você acha importante receber a contrarreferência via telefone dos serviços que seus usuários foram referenciados?		
Com certeza, sim	7	35
Provavelmente, sim	5	25
Provavelmente, não	6	30
Com certeza, não	2	10
Não sei/Não lembro	-	-
Você tem conhecimento de todos os usuários, moradores na área adscrita, que recebem alta hospitalar?		
Com certeza, sim	1	5
Provavelmente, sim	4	20
Provavelmente, não	11	55
Com certeza, não	4	20
Não sei/Não lembro	-	-
Você estabelece comunicação com os serviços especializados?		
Com certeza, sim	5	25
Provavelmente, sim	11	55
Provavelmente, não	3	15
Com certeza, não	1	5
Não sei/Não lembro	-	-
Você solicita aos usuários que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?		
Com certeza, sim	12	60
Provavelmente, sim	8	40
Provavelmente, não	-	-
Com certeza, não	-	-
Não sei/Não lembro	-	-
Você permitiria aos usuários examinar seus prontuários se assim quisessem?		
Com certeza, sim	9	45
Provavelmente, sim	7	35
Provavelmente, não	3	15
Com certeza, não	-	-
Não sei/Não lembro	1	5
Os prontuários dos usuários estão disponíveis quando você os atende?		
Com certeza, sim	15	75

Tabela 1. Perspectiva de coordenadores da atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar de um município do interior do Rio Grande do Sul, 2017. (conclusão)

Variáveis	Frequência	
	N	(%)
Provavelmente, sim	4	20
Provavelmente, não	-	-
Com certeza, não	1	5
Não sei/Não lembro	-	-
Profissional que recebe a contrarreferência escrita:		
Enfermeiro	18	90
Médico	15	75
Técnico de Enfermagem	8	40
Secretário	2	10
Cirurgião dentista	3	15
Auxiliar de Saúde Bucal	1	5
Estagiário	2	10
Não recebe informação	1	5
Profissional que recebe a contrarreferência via telefônica:		
Enfermeiro	10	50
Médico	6	30
Técnico de Enfermagem	4	20
Secretário	1	5
Cirurgião dentista	3	15
Auxiliar de Saúde Bucal	1	5
Estagiário	1	5
Não recebe informação	9	45
O que é realizado com a contrarreferência recebida:		
Agenda Consulta médica	13	65
Agenda Consulta Enfermeiro	5	25
Acolhimento Médico	-	-
Acolhimento Enfermeiro	9	45
Agenda Visita Domiciliar	3	15
Nenhuma das opções	3	15

Fonte: Dados da Pesquisa.

No que se refere ao conhecimento de todas as consultas que os usuários fazem a especialistas ou serviços especializados, a maioria apontou ‘com certeza não’ e ‘provavelmente não’ como resposta, em contrapartida quando questionados sobre encaminhar seus usuários com informação por escrita para levar ao especialista ou serviço especializado 85 % dos

enfermeiros afirmaram enviar documento, o que evidencia a valorização da referência pela APS e a ausência do documento de contrarreferência dos serviços secundários e terciários de saúde.

A organização do sistema de referência e contrarreferência possibilita qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, visto que o documento de referência a partir da atenção primária para os serviços secundários e terciários é incorporado como instrumento central de organização do Sistema Único de Saúde. Entretanto, sob esse enfoque Pires et al⁶⁵ entende que a contrarreferência é uma ferramenta não utilizada, uma vez que os indivíduos nem mesmo são orientados a buscar os serviços da atenção primária quando recebem alta hospitalar, o que representa a falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais em saúde.

Quanto ao recebimento de informações escrita em documento de contrarreferência sobre os usuários que foram encaminhados para o especialista ou serviço especializado, ao observar as frequências relativas e absolutas das variáveis, a maioria destas apresentou respostas ‘provavelmente não’ e ‘com certeza, não’.

A ausência de comunicação adequada dos serviços de saúde, atenção primária, atenção secundária e atenção terciária, aumenta a fragmentação do sistema de saúde e impossibilita a Atenção Primária à Saúde de executar suas funções de centro de comunicação e coordenadora do cuidado⁶⁶. Para garantir e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde é fundamental fortalecer a articulação entre os níveis assistenciais⁶⁵.

A desarticulação dos serviços de saúde precisa ser superada para que o SUS seja sistematizado com base nas redes de atenção à saúde, a integração dos serviços de saúde é imprescindível para uma assistência contínua, independente do local onde este usuário será atendido. Desse modo a comunicação é fundamental para garantir uma saúde de qualidade em qualquer nível de complexidade dos serviços de saúde³⁹.

Como consequência da inexistência do sistema de contrarreferência temos a superlotação dos serviços de urgência e emergência e a falta de garantia da continuação da assistência à saúde na APS. Tal situação também repercute quanto ao reconhecimento das necessidades de saúde apresentadas pelos usuários na APS, fazendo com que estes busquem os serviços de emergência sucessivamente com baixa resolutividade de seus problemas³⁹.

Sobre o recebimento de informações do especialista ou do serviço especializado via telefone sobre os usuários encaminhados os enfermeiros responderam que ‘com certeza, não’ 75% e ‘provavelmente não’ 20%. No entanto a maioria dos enfermeiros responderam ‘provavelmente, sim’ que falam com seus usuários sobre os resultados desta consulta.

O documento de contrarreferência é ausente no dia a dia dos serviços, os profissionais das distintas áreas que compõem uma equipe de estratégia de saúde da família apontam a

ausência e a ineficácia desse sistema como o maior desafio a ser enfrentado pelas equipes. Já que as informações que retorna à estes serviços, após encaminhamentos para outros níveis de complexidade, ficam dependentes do relato do usuário, apesar de não terem acesso à prontuários e na maioria das vezes não saberem explicar de forma exata o cuidado recebido^{6, 8, 67}.

Ao abordar se o enfermeiro considera importante receber a contrarreferência escrita dos serviços que seus usuários foram referenciados observou-se que ‘com certeza sim’ apareceu em 90% das respostas, mas quando questionado sobre a importância de receber a contrarreferência via telefone a variável não se mostrou muito significativa, sendo que ‘com certeza sim’ e ‘provavelmente não’ tiveram valores semelhantes, 35% e 30% respectivamente.

Ainda de acordo com esse raciocínio, na perspectiva de Escorel⁸ e Gomes¹⁰ as equipes de atenção primária à saúde tem como sua atribuição essencial, a referência e contrarreferência como ferramenta de organização do serviço. Esse mecanismo possibilita a comunicação dos serviços de nível primário com os outros níveis, no qual a troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços propicia a APS exercer sua função de coordenadora dos cuidados.

Assim, garantindo a continuidade da atenção de maneira integrada e sistematizada, reconhecendo os problemas que exigem acompanhamento constante⁴. Ainda que o sistema de referência e contrarreferência sejam orientados pelos princípios do SUS e influenciam diretamente a integralidade da atenção, este ainda é incipiente no cenário nacional, e as iniciativas que ensejam este modelo de atenção à saúde, ainda se apresentam de forma fragmentada e vulnerável³⁹.

Em relação ao conhecimento de todos os usuários moradores na área adscrita que recebem alta hospitalar, os entrevistados responderam ‘provavelmente não’ 55% e ‘com certeza, não’ 20% o que possibilita inferir que a transição do cuidado não ocorre de forma efetiva e desse modo prejudica a coordenação do cuidado realizada pela APS.

A comunicação dos serviços de média e alta complexidade, localizados em emergências, especialidades e internações hospitalares, com a atenção básica é fundamental na organização do sistema de saúde em redes. Para que isso ocorra o documento de contrarreferência precisa ser utilizado e valorizado pelos serviços responsáveis pelos cuidados prestados aos usuários, independente do nível de complexidade⁶⁵.

Quando os participantes foram questionados sobre o profissional responsável por receber a contrarreferência, o enfermeiro foi o membro da equipe que mais apareceu, em 90% das respostas. O que demonstra a valorização e autonomia deste profissional na APS, sendo essa a principal responsável pela coordenação do cuidado e o profissional enfermeiro apontado

como o principal membro envolvido na continuidade do cuidado.

Resultado semelhante foi obtido quando os enfermeiros foram questionados sobre o que é realizado com a contrarreferência recebida, o enfermeiro novamente é o profissional que fica evidente na maioria dos resultados 65%.

O Ministério da Saúde²³ considera que o trabalho conferido ao profissional enfermeiro como membro da equipe de atenção básica, compreende a assistência integral aos indivíduos e famílias; gestão de recursos humanos e físicos, bem como estabelecer plano e avaliação das atividades desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Assim, ressalta-se a amplitude do papel do profissional enfermeiro na atenção primária à saúde.

No nível primário de atenção, o contexto onde a assistência de enfermagem está inserida é de complexidade, uma vez que o profissional busca como produto de seu trabalho oferecer bens e serviços a indivíduos e comunidades, associando ciência e profissionalismo. O enfermeiro é o profissional qualificado para realizar atividades gerenciais, coordenar o trabalho da equipe de enfermagem, conduzir e possibilitar o processo do cuidado, devendo ter como seu objetivo de trabalho atender as necessidades sociais e de saúde da população, baseado no princípio da integralidade da assistência, promovendo ações de saúde satisfatória, efetiva e gratificante, portanto a autonomia deste profissional é imprescindível⁶⁸.

Pesquisadores⁶⁹ consideram a autonomia profissional fundamental para o desenvolvimento de qualquer trabalho. Em especial na saúde, onde o trabalho emerge coletivamente e de forma compartilhada ou complementar pelos diversos profissionais que compõem a equipe de APS, estes contribuem com suas formações e práticas distintas no desenvolvimento de um produto em comum, saúde.

Com este mesmo sentido, um estudo⁷⁰ sobre ampliação das funções do enfermeiro na atenção primária no Serviço Nacional de Saúde Inglês para cuidados direcionados diretamente aos usuários, teve como resultado, a partir da ampliação das funções do enfermeiro e a autonomia conferida a este profissional, melhorias de acesso para os usuários, melhorias na comunicação e na integralidade do cuidado e aumento do tempo de duração da consulta. Isso tudo, contribuiu para satisfação dos usuários e maior adesão terapêutica, para os enfermeiros, houve ampliação do reconhecimento, do conhecimento e da competência.

5.3 Discutindo uma proposta de documento de contrarreferência hospitalar na APS

Baseado nos resultados das etapas anteriores sobre a alta hospitalar e sobre a perspectiva

dos coordenadores na atenção primária à saúde sobre a contrarreferência hospitalar, foi desenvolvido um encontro com os enfermeiros coordenadores (os mesmos que responderam o questionário, para realização de uma roda de conversa para discussão coletiva de uma proposta de documento de contrarreferência do serviço hospitalar para APS. Nesta etapa, a pesquisadora também, anotou as percepções em um diário de campo.

A atividade iniciou às nove horas e os participantes foram convidados a formar uma roda. A roda de conversa é considerada como uma metodologia produtiva e dinâmica para a comunicação, a fim de facilitar a troca de experiência com os colegas e auxiliar a discussão em grupo⁷¹. Em seguida, foi realizada uma breve apresentação de 30 minutos, em formato power point, sobre o estudo, que incluía: retomada dos objetivos, breve exposição das principais publicações sobre alta hospitalar e articulação com os serviços de APS e os principais resultados encontrados nas observações das altas hospitalares e na análise do questionário com os coordenadores da APS, das etapas anteriores.

Com a finalidade de sistematizar uma proposta contrarreferência do serviço hospitalar para APS, visto que as observações e os questionários respondidos evidenciaram a ausência deste documento, fundamental para a coordenação do cuidado, foi solicitado aos enfermeiros que apontassem itens considerados importantes para elaboração de uma proposta de documento de contrarreferência para APS.

Para auxiliar nesta construção, foi lançada uma questão norteadora, com o propósito de conduzir o encontro: O que você considera importante receber do serviço hospitalar no retorno do usuário à APS?

Neste momento, iniciou a conversa entre os participantes que durou cerca de 30 minutos. A roda de conversa é um espaço de troca de saberes, de informações, de mudança, de discussão, importante formadora de opiniões, possibilita o desabafo, esta surge como forma de recordar a satisfação de trocar as vivências e produzir dados com novos olhares e significados, neste contexto o diálogo é um momento de compartilhamento, possibilitando escutar e falar⁷².

Após foi solicitado iniciar a discussão com base nos elementos que consideravam relevantes, está atividade teve duração de 01hora e 27minutos. Os itens elencados pelos participantes foram: identificação do usuário e da unidade de saúde contrarreferenciada e o responsável desta unidade, motivos da internação, período de internação, história clínica, diagnóstico com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), tratamento realizado durante a internação e os medicamentos que deverão ser utilizados no pós alta, informações sobre retorno para especialistas, exames realizados durante a internação e exames que precisarão ser realizados após a alta, cuidados específicos quando

houver, familiar responsável que recebeu as orientações. O nome do profissional que realizou a contrarreferência e contato telefônico com o serviço de referência hospitalar ou unidade de internação.

Após o levantamento de todas as opiniões em itens elencados, foi realizado o agradecimento e a confraternização do encontro, finalizando às 12 horas

Este foi um momento importante, pois os enfermeiros trouxeram suas dificuldades em relação a contrarreferência, suas limitações em relação aos recursos humanos, as áreas descobertas por agentes de saúde dificultam o acompanhamento da população, suas angústias, e principalmente pelo desejo de querer ajudar o usuário, preocupações. Falaram sobre seu cotidiano, as demandas infinitas de serviços burocráticos, que muitas vezes impediam de qualificar a assistência, a falta de recursos humanos e o quanto facilitaria para APS se o serviço hospitalar encaminhar o usuário com um documento de contrarreferência.

As trocas de experiências, vivências, conhecimentos e sentimentos entre os sujeitos, permite um compartilhamento entre quem aprende e quem ensina, constituindo um processo de ensino aprendizagem baseado na comunicação entre seus pares. Este processo não está pautado em transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos, devendo considerar o conhecimento proveniente dos aprendizados vivenciados por cada profissional em seu ambiente de trabalho e de sua bagagem pessoal⁷³.

No momento do compartilhamento de informações e troca de experiências surgiram vários relatos dos enfermeiros. Trouxeram que além da nota de alta que o hospital fornece aos usuários, na maioria das vezes não chegar na APS, quando chega já se passaram muitos dias do pós alta, não apresentando mais coerência com o quadro clínico dos usuários e os principais cuidados que deveriam ser prestados, acabam sendo perdidos. O principal apontamento feito pelos enfermeiros foi de que a nota de alta só chega na APS quando surge alguma necessidade do usuário, dificultando deste modo a coordenação do cuidado e a resolutividade da assistência.

Refletir sobre o trabalho a partir da problematização das experiências permite pensar, transformar e modificar os processos de trabalho transcendendo as competências técnicas-científicas, valorizando a individualidade e os relacionamentos construídos entre os indivíduos nos processos de assistência à saúde⁷⁴.

O processo ensino aprendizagem deve integrar os diferentes saberes, conhecimentos e a interação entre os profissionais, visto que o processo de trabalho em saúde tem características próprias como a complexidade, a criatividade, o imprevisto, tomada de decisão e habilidade⁷³.

No momento da discussão para a construção coletiva do documento de contrarreferência pelos enfermeiros, a inexistência da contrarreferência, apareceu como um entrave para APS

realizar a coordenação do cuidado dos usuários moradores da área adscrita.

Conforme Ceccim⁷⁴ a educação em serviço não deve ser planejada e pautada em necessidades individuais de atualização, mas preferencialmente em dificuldades que envolvem a organização do trabalho, é baseado nestes problemas que surgem as necessidades de qualificação, assegurando a aplicabilidade e a importância das temáticas e tecnologias definidas.

A partir dos itens apontados pelos enfermeiros para compor um documento de contrarreferência, foi construída uma proposta, descrita na etapa abaixo.

5.4 Produto: proposta de documento de contrarreferência hospitalar para APS

Considerando as análises das etapas 1, 2 e 3 que se referem a observação da alta hospitalar, perspectiva de coordenadores da APS sobre a contrarreferência hospitalar e discussão de uma proposta de documento de contrarreferência hospitalar na APS, respectivamente, os principais achados apontam para os limites do documento de alta hospitalar. No processo de alta foi possível observar a inexistência de um mecanismo de contrarreferência, orientações fragmentadas dos profissionais envolvidos, a ausência de planejamento da alta, a carência da educação do usuário e seus familiares que farão parte do cuidado, o médico como o principal articulador da alta e o enfermeiro não exercendo sua autonomia no processo neste processo. Já a perspectiva de coordenadores da APS sobre a contrarreferência hospitalar, reforçou a falta de um documento de contrarreferência, em contrapartida a valorização do documento de referência realizado pela APS, a importância do documento de contrarreferência como ferramenta para a coordenação do cuidado, que os enfermeiros não têm conhecimento de todos os usuários que recebem alta hospitalar, devido a ausência da comunicação entre os níveis de saúde e apontou o enfermeiro como o profissional protagonista no cuidado. No encontro com os enfermeiros coordenadores, houve reforço as dificuldades encontradas nas etapas anteriores e o elenco de itens considerados pertinentes para um documento apropriado de contrarreferência.

Aliado aos resultados acima e as pesquisas de Soong⁵⁴ e colaboradores e Day³⁹, articulou-se os saberes e construiu-se a proposta de contrarreferência hospitalar.

Soong⁵⁴ e colaboradores realizaram um estudo para elaboração de um checklist fundamentado nas recomendações baseadas em evidências sobre as melhores práticas de alta, esta pesquisa foi constituída por membros experientes de áreas multidisciplinares dos diversos setores da saúde a partir de uma busca sistemática na literatura. Foi descrito que uma abordagem

estruturada para o planejamento da alta a partir da admissão e o processo através da alta e transições de cuidados centrados no usuário garantem uma alta com eficiência, eficácia e segura.⁵⁴ A lista de checklist é composta por sete, a saber:

Indicação de Hospitalização - avaliar a necessidade do usuário permanecer internado;

Cuidados/Atenção Primária - identificar se o usuário possui um prestador de cuidado primário, realizar o contato com a equipe de cuidados e comunicar da admissão, do diagnóstico e a data prevista da alta e manter o acompanhamento 7-14 dias pós alta;

Segurança de medicamentos - ensinar ao usuário o uso correto dos medicamentos, relacionar os medicamentos que receberá na alta com os que já estava usando antes da admissão;

Planos de Acompanhamento - como ocorrerá o acompanhamento deste usuário pós alta, qual local, data;

Referência de Cuidados Domiciliares - quem realizará estes cuidados quando usuário receber alta, avaliar se essa pessoa está preparada para atender as necessidades do cliente;

Comunicação - Fornecer as informações ao usuário e sua família por escrito com resumo de tudo que aconteceu durante sua internação, bem como o plano de alta, com todas as orientações de medicamentos e no caso de necessidade de atendimento de emergência que serviço de saúde procurar e os encaminhamentos a especialistas;

Educação do usuário - Os ensinamentos devem iniciar na admissão, desde a ação dos medicamento e sua relação com o diagnóstico, explicar detalhadamente o sumário de alta, explicar também os possíveis sintomas, o que poderá acontecer quando estiver em casa e em que circunstâncias o usuário deve procurar atendimento.

O conhecimento do checklist, possibilitou a compreensão do processo de alta hospitalar de forma mais abrangente e articulada com outros serviços da rede assistencial, assim como o retorno do usuário ao domicílio. A reflexão foi fundamental para articular o documento de contrarreferência e selecionar os dados e informações relevantes.

O estudo de Day³⁹ permitiu a problematização dos elementos fundamentais para uma transição do cuidado segura para o usuário, a importância da contrarreferência, as reinternações hospitalares devido a falta de planejamento do processo de alta. Dessa forma, o estudo também contribuiu com o processo reflexivo da elaboração da proposta.

Diante disso, e com a finalidade de estabelecer comunicação entre o serviço hospitalar e APS a partir da formalização da contrarreferência, foi desenvolvido o documento, como mostra a Figura 1. Cabe ressaltar, que o documento foi elaborado de forma coletiva com os enfermeiros coordenadores da APS. Ele foi, então apresentado, em reunião da Coordenação da Atenção Básica com os coordenadores de unidade de SF do município estudado, no dia 05 de

julho de 2017, sendo aprovado sem recomendações.

Figura 1- Proposta de documento de contrarreferência para APS.

PROPOSTA DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA HOSPITALAR	
DOCUMENTO PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE	
(Entregar na Unidade de Saúde junto com o sumário de alta do hospital)	
Dados a serem preenchidos pelo Hospital	
Nome:	_____
Motivo da internação:	_____ CID: _____
Período de internação:	_____
Medicações e posologia (internação e pós alta):	_____ _____ _____
Unidade de Saúde de referência:	_____
Endereço da Unidade de Saúde:	_____
Profissional de contato na Unidade de Saúde:	_____
Profissional de contato do hospital:	_____
Telefone para contato:	_____
Retorno: (qual profissional? Qual ambulatório?):	_____
Data de retorno:	_____
Exames realizados e resultados anexados:	() Sim () Não Quais?
Recomendações para a Atenção Básica	Finalidade/Justificativa
() Visita domiciliar (em situações de dificuldade de deslocamento do usuário)	
() Consulta de enfermagem	
() Consulta médica	
() Consulta Cirurgião Dentista	
() Outros:	
Dados a serem preenchidos pela Unidade de Saúde	
Data de recebimento dos documentos:	_____
Nome da Unidade:	_____
Prontuário da família:	_____ Data do atendimento: _____
Atendimento realizado:	_____
Profissional que realizou o atendimento:	_____
Seguimento recomendado:	_____
Observações:	_____ _____ _____

Fonte: Elaborado pela pesquisadora e participantes da pesquisa, 2017.

O documento de contrarreferência contém os seguintes elementos: Nos dados a serem preenchidos pelo Hospital: a identificação do usuário, motivo e período de internação, CID, medicações e posologia na internação e no pós alta, unidade de saúde referenciada, endereço e profissional responsável da APS, telefone para contato, retorno para qual profissional e a data prevista para o retorno e os exames realizados e resultados anexados, finalizando o serviço hospitalar deve preencher a recomendação para atenção básica, baseado nas condições clínicas do usuário, se necessário consulta ou visita domiciliar, e quais profissionais deverão ser envolvidos na assistência. Nos dados a serem preenchidos pela unidade de saúde estão a data de recebimento dos documentos, identificação da unidade, data de atendimento, número do prontuário, que tipo de atendimento foi realizado, qual o profissional que efetuou o atendimento, seguimento recomendado e espaço para observações. Junto ao documento de contrarreferência há uma listagem com os telefones, endereços das áreas adscritas das equipes de SF e o nome do profissional enfermeiro responsável pela unidade de saúde. Sugere-se que sempre que possível se faça o contato telefônico com a APS. A contrarreferência é considerada apenas como um dos elementos para a transição do cuidado relacionada a comunicação da equipe hospitalar e usuário, APS e usuário, APS e hospital, e por fim Hospital e APS.

Propõe-se que o documento de contrarreferência seja preenchido preferencialmente pelo enfermeiro. Em anexo a este documento, deverá ser enviado a nota de alta, já realizada pelo médico assistente do usuário, dessa maneira o processo de alta hospitalar e acompanhamento na APS, pode se tornar possível, qualificando a contrarreferência e responsabilizando-se pela transição do cuidado.

Para que esse processo de alta transcorra de maneira eficiente, viabilizando ao usuário segurança e garantia de continuidade na assistência de sua saúde, a alta deve ser planejada e orientada desde o início da hospitalização, exigindo do enfermeiro uma atenção voltada às necessidades do indivíduo.

Com base nestes achados e na produção científica de Acosta¹⁴, Coleman⁶¹, Day³⁹, Freitas⁶², Meyers⁵⁹, Petrucci⁷⁵ e Soong⁵⁴ sobre os temas, garantir a continuidade da assistência entre os níveis de saúde e assegurar a coordenação do cuidado é fundamental. Para que o funcionamento do sistema de contrarreferência seja concretizado, a internalização dessa conduta faz-se necessário nas rotinas dos profissionais, porém a prática nos mostra que é pouco comum o enfermeiro da área hospitalar responsabilizar-se pela alta e pelo documento de contrarreferência. Visto que este não funciona de forma sistemática, indicando muitas vezes uma desvalorização do sistema de contrarreferência. Enquanto o usuário permanece com seu estado de saúde sem a possibilidade de ser acompanhado integralmente.

Nas revisões de literatura encontram-se poucos estudos acerca do documento de contrarreferência relacionados ao ponto de vista do enfermeiro de atenção terciária voltado à atenção básica, para que isso ocorra é importante a compreensão deste mecanismo como ferramenta imprescindível para manter a complementaridade da assistência, uma vez que o enfermeiro é o profissional qualificado para realizar a contrarreferência.

O sistema de referência e contrarreferência, considerado o elemento primordial para a articulação das redes de saúde e compreendido como um mecanismo de comunicação entre os diversos níveis de complexidade dos serviços. Conforme o Ministério da Saúde²³ este sistema funciona como um documento responsável para a reorganização dos processos de trabalho em saúde a nível de APS, essa reorientação do modelo de atenção à saúde deve ser garantida na figura das Equipes de Estratégia de Saúde da Família⁷⁶.

Para que a integração, a continuidade e a coordenação dos processos de cuidado sejam efetivos, faz-se necessário que o sistema de saúde reconheça a responsabilidade de cada nível de atenção, garantindo o desenvolvimento de um vínculo entre elas e a organização dos serviços para assistir as necessidades dos indivíduos⁷⁷.

No entanto, Malta e Merhy⁷⁸ ressaltam que serviço hospitalar desempenha um papel fundamental como elo e sistematizador da rede assistencial, articulando os serviços que possam oferecer a continuidade do processo de cuidado no contexto desse indivíduo.

Embora, no Brasil, a rede de atenção à saúde tenha progredido em relação às políticas direcionadas para garantir a continuação do cuidado, as pesquisas voltadas para a transição do cuidado ainda são primárias. Somente um estudo versa sobre a transição do cuidado de indivíduos acometidos com acidente vascular cerebral, porém sua abordagem é o processo de cuidar do idoso dependente, sua repercussão e receptividade das dificuldades e limitações vivenciadas pelos familiares e cuidadores após a alta hospitalar⁷⁹.

Esta proposta de qualificar a contrarreferência foi elaborada com o propósito de superar a fragmentação do cuidado oferecido pelos diversos serviços de saúde, aumentar a resolutividade dos problemas e assegurar a coordenação da atenção à saúde dos indivíduos pela APS. Foi discutida e aceita pela coordenação da Atenção Básica à Saúde do município e pela direção de enfermagem do hospital e posteriormente será discutida com a direção hospitalar tendo em vista o interesse institucional.

O enfermeiro foi o profissional escolhido para esta atribuição devido sua capacidade de gerenciamento do cuidado, porém alguns pesquisadores contrapõem este pensamento em suas pesquisas, Melo et al⁶⁹ afirmam que o modelo biomédico ainda prevalece na maioria dos hospitais, configurando o médico como o profissional mais ativo na alta, apesar de apresentar

algumas limitações em suas abordagens educacionais com os usuários. Outros estudos abordados por Pompeo et al⁸⁰ falam sobre a burocratização do profissional enfermeiro em detrimento do cuidado e da educação, porém alguns autores destacam a necessidade do protagonismo do enfermeiro na alta do usuário, pois é o profissional que está junto ao usuário por mais tempo, além de ser considerado o principal contato entre os diversos profissionais que compõem as equipes.

Por isso a importância do profissional enfermeiro assumir esta prática na sua rotina, a fim de mudar este cenário com produção de conhecimento que fundamente suas ações, o desenvolvimento da autonomia sobre os cuidados dos usuários e protagonizando o processo da alta, entendendo como sua atribuição garantir a coordenação do cuidado até que o indivíduo chegue em outro nível de assistência.

A etapa a seguir é a discussão para a implementação da proposta no ambiente hospitalar. Conforme contato com a direção de enfermagem será realizado dois encontros para a abordagem com profissionais enfermeiros das unidades de internação clínica e cirúrgica. O primeiro encontro está programado para o dia 21 de agosto de 2017 e o segundo será agendado posteriormente. Após a discussão dos dois encontros, será realizada o teste piloto do documento em uma das unidades. A partir de então, iniciará o processo de implantação e avaliação do documento. Estima-se que a implementação do documento de contrarreferência hospitalar ocorra em até 06 meses. Para esta etapa, foi confeccionado um roteiro de orientações para discussão da proposta no ambiente hospitalar (APENDICE D).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível elaborar a proposta de documento para a contrarreferência hospitalar a partir dos constructos da APS, conhecer o processo de alta hospitalar e como a contrarreferência hospitalar é subutilizada, assim como avaliar este processo a partir da APS.

As reflexões desta pesquisa permitem reforçar a necessidade de desenvolver estudos de caráter avaliativo e educativo para qualificar os processos e instrumentos de trabalho nos serviços de saúde. Revelou a existência de deficiências nos processos operacionais relacionados ao funcionamento da contrarreferência entre os serviços de saúde.

Neste sentido, os resultados encontrados nas observações realizadas no ambiente hospitalar apontam o protagonismo do médico e os limites para a efetivação da coordenação do cuidado pela APS, evidenciados a partir da avaliação dos questionários aplicados aos enfermeiros da APS.

As observações possibilitaram a percepção de vários processos de alta, visto que algumas eram programadas, organizadas e que em outros momentos as informações foram somente verbais, não havendo realização de registros. Foi verificado que os elementos que compõem a nota de alta são insuficientes para a transição do cuidado efetiva, também se observou ausência de um documento de contrarreferência para APS e o limite do protagonismo do enfermeiro no processo da alta. A alta hospitalar está centrada na figura do médico, pois este detém o poder e a supremacia, mas este domínio pode ser rompido, pois sua autonomia está relacionada aos limites, habilidades e conhecimento que outros profissionais lhe atribuem.

Nesse sentido a enfermagem com seus saberes científicos e pelo importante papel social que exerce, pode construir processos de trabalho e protagonizá-los, fortalecendo sua autonomia, sem subordinação ao trabalho do médico. O trabalho da enfermagem não se resume a simples cumpridores de rotinas e tarefas, faz parte de um trabalho em equipe, pois os profissionais estabelecem relacionamentos interpessoais com os usuários e seus pares em busca de um atendimento em saúde.

Na aplicação do questionário aos enfermeiros coordenadores da APS sobre a contrarreferência hospitalar, confirmou a falta de um documento de contrarreferência, a importância do documento de contrarreferência como instrumento para a coordenação do cuidado pela APS e o enfermeiro como o profissional protagonista no cuidado.

A roda de conversa utilizada para construção coletiva do documento de contrarreferência, foi assertiva para a atividade, pois permitiu que os participantes simultaneamente pudessem expressar suas expectativas, opiniões e julgamentos sobre o

conteúdo proposto.

Abordar esta temática constituiu-se em um desafio, devido ao impacto efetivo no processo de trabalho dos profissionais, discutir questões que envolvem as rotinas e protocolos de trabalho exige esforço conjunto de profissionais, gestores e instituição. O apoio de todas as categorias profissionais envolvidas e o engajamento das mesmas é fundamental para a efetivação da proposta da pesquisa.

O fortalecimento da política de comunicação entre os diferentes pontos do sistema de saúde fica evidente neste estudo, pois deve ser possibilitado aos usuários utilizar os serviços e profissionais disponíveis sem prejuízo à continuidade de seu cuidado. A comunicação contribui no estabelecimento de critérios, orientação, organização, integração e sistematização das ações. Dessa maneira, as rotinas de trabalho podem ser melhoradas e otimizadas, com ganhos para todos os envolvidos.

O papel do enfermeiro na equipe é o de elo facilitador entre os profissionais, familiares, desmistificando mitos e medos, tem um papel fundamental no ensino dos usuários. Portanto ele é o profissional protagonista de todos os processos de trabalho vinculados ao cuidado.

Pensar a profissão e a produção de conhecimento exige dos profissionais o reconhecimento da importância de práticas que influenciam na qualidade dos processos de trabalho. A autonomia do enfermeiro não pode estar condicionada ao trabalho do médico, deste modo, contrariando o modelo biomédico, um outro modelo assistencial que amplie o seu protagonismo e permita a construção e saber próprio não subsidiário à prática da medicina deve ser estabelecido.

O comprometimento dos profissionais implica diretamente na deficiência do cuidado de transição, o que leva a uma busca constante por uma transição ideal do cuidado, visto que isso só será possível quando o enfermeiro da área hospitalar perceber seu papel enquanto coordenador do cuidado até que este usuário chegue em outro nível de complexidade, capaz de oferecer à atenção necessária ao indivíduo.

É a formação do trabalho em rede que modifica o modelo de assistência à saúde, a superação da fragmentação dos serviços e a responsabilidade por seus processos de trabalho de cada nível de atenção promoverá um sistema de saúde eficiente e permitirá a APS efetivar um de seus atributos, enquanto coordenadora do cuidado.

O estudo apresentou desafios importantes em relação a observação devido a pouca familiaridade da pesquisadora com o método e o tempo para finalização do trabalho.

Recomenda-se o encaminhamento da proposta para o serviço hospitalar para discussão, implantação e avaliação do documento de contrarreferência para APS e a realização da

continuidade do trabalho com revisão de execução de 06 meses, sendo que a primeira reunião está prevista para 21 agosto de 2017.

Espera-se que este estudo contribua para a qualificação da contrarreferência do hospital para APS, que o produto, ou seja, o documento de contrarreferência elaborado pela APS, seja colocado em prática e que os profissionais responsáveis entendam como uma ferramenta primordial para efetivação do cuidado.

Por fim sugere-se que sejam realizados estudos após a mudança da prática do processo de alta com a implantação do documento de contrarreferência e avaliar a qualidade da transição do cuidado, bem como da APS como coordenadora do cuidado.

7 REFERÊNCIAS

1. Almeida PF, Fausto, MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84-95. [acesso em 18 mai 2016]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000200003
2. Franco T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (org). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2006:459-74.
3. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
5. Silva RMM, Sobrinho RAS, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1217-1224.
6. Machado LM, Colomé JS, Beck CLC. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de Referência e de Contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Rev Enferm UFSM*. 2011;1(1):31-40. [acesso em 04 abr 2016]. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2337>
7. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Institui nas Redes de Atenção a Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*. Brasília (DF); 2010.
8. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam de Salud Publica*. 2007; 21(2):164-176. [acesso em 18 abr 2016]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci_arttext
9. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98. [acesso em 13 abr 2016]. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008
10. Gomes F M, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16 Suppl 1:S893-902. [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021
11. Rodrigues LBB, Ludmila BB. Avaliação da implantação da Referência e contrarreferência de consultas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG. [Dissertação]. Alfenas (MG): Universidade José do Rosário Velhano- Unifenas, Alfenas; 2009.

12. Acosta AM. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio. [Tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
13. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. *Journal of Hospital Medicine*, Hoboken. 2013;8(2):102-109.
14. Filho AN, Barboza Z. O papel dos Hospitais nas Redes de Atenção à Saúde. Elementos para pensar uma agenda estratégica para o SUS. *Rev do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. 2014;(11). [acesso em 18 abr 2016]. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi9la6pxdrNAhUGfZAKHfwyDLQQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conass.org.br%2Fbiblioteca%2Fcount%2Fclick.php%3Fid%3D90&usg=AFQjCNGjCyWQNB_qjxCT1HJ_wXPqGfg4DQ
15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan- Americana da Saúde Brasília; 2012.
16. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a La comunidad: um modelo de salud pública em la atención primaria. *Revista Panam Salud Publica*. 2007;21(2/3). [acesso em 14 abr 2016]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012
17. Pelegrini AHW. Produção do cuidado de enfermeiros em atenção primária à saúde no atendimento em situações de urgência. [Tese]. Porto Alegre (POA): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
18. OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Renovación de la atención primaria de salud en las américas. Washington; 2005.
19. OPAS. Organización Pan-Americana de La Salud. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa). Indicadores básicos para a saúde no Brasil. 2ª Edição. Brasília: OPAS; 2008.
20. Andrade AM, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(1):111-17. [acesso em 12 mai 2016]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200014
21. Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da Família: Considerações teóricas e aplicabilidade. 3ª Ed. São Paulo: MARTINARI; 2014.
22. Ministério da saúde. Política nacional de atenção básica. Secretaria de Educação à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4ª Edição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
23. Ministério da Saúde. Portaria nº648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 29 mar.2006.
24. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB, Matumoto S, Fortuna CM. Atributos

mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(2):349-55. [acesso em 22 abr 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200007

25. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;16(12):4643-52. [acesso em 12 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300013

26. Cecílio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGC, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012;17(11):2893-2902. [acesso em 18 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006

27. OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.

28. Ministério da Saúde Presidência da República. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Brasília (DF); 2011.

29. Meira ALC. Avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária à saúde em Porto Alegre. [Dissertação]. Programa de pós Graduação em Epidemiologia: Porto Alegre; 2013. [acesso em 18 mai 2016]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/97301>

30. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF); 2011; 204(1 Pt1), p.55.

31. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Escola Enfermagem USP.* 2011;45(5):1135-41. [acesso em 18 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500015

32. Machado MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva.* 2007;12(2):335-42. [acesso em 18 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009

33. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Escola Anna Nery.* 2013;17(1):133-41.

34. DIAS RC, Giordano CV, Simoes F, Varela P. Impacto do planejamento Estratégico situacional em um Ambulatório de Atenção Especializada. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde-RGSS.* São Paulo, 2012;1(1):83-96 jan./jun. [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/7>

35. Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2011;32(2):309-15.
36. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora da produção da saúde: Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*, 1998.
37. Silva RM, Costa MS, Matsue RY, Sousa GSS, Catrib MF, Vieira LJES. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(3):635-642.
38. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*. 2ª ed. Brasília; 2011.
39. Day, C. B. Contrarreferência de Usuários de um Serviço de Urgência para Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre. 2013. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.
40. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à Saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2ª Ed. Brasília (DF); 2012. [acesso em 14 jul 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf
41. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MV et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Rev de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2015;25(2):615-34.
42. Canesqui AM. Estudo de caso sobre a experiência com a “pressão alta”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2013;23(3):903-924. [acesso em 22 mai 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000300013
43. Cabral ALL, Hemáez AM, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2011;16(11):4433-42. [acesso em 18 abr 2016]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016
44. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2013. 28p. [acesso em: 12 mai. 2016]. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiEkPitwdrNAhULf5AKHaM-ALoQFggeMAA&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes%2520_cuidado_pessoas%2520_doencas_cronicas.pdf&usq=AFQjCNGofZ3LHMM2P i067so1aqY43tf4JA
45. Minayo MCC, Minayo-Gómez C. Difíceis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. In: Golgenberg P, Marsiglia RM, Gomesa MHA (orgs). *O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
46. Ribeiro RPR, Ribeiro BGA. Métodos de Pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: Lacerda MR, Costenaro RGS. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da*

teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

47. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª Edição. São Paulo: Atlas, 2008.

48. Fundação de Economia e Estatística (FEE) 2015. [acesso em 15 jul 2017]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Santa+Cruz+do+Sul>

49. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Toll PCATool – Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 p. 80.

50. Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento Operacional Padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino- Americana de Enferm. 2008;16(6).

51. Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: VOZES; 2010.

52. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2014: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

53. Ministério da Saúde. Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 2008. Altera, autoriza e sobre direitos autorais e dá outras providências. 2ª Ed. Brasília (DF); 2008. [acesso em 15 jul 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm

54. Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, et al. Development of a Checklist of safe Discharge Practices for Hospital Patients. Journal of Hospital Medicine, Hoboken. 2013;8(8):444-9. doi:10.1002/jhm.2032

55. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhani ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. Rev Min Enferm. 2013 jan/mar, 17(1):61-68. [acesso em 01 jul 2017]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>

56. Brunello MEF, Ponce MAZ, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, Villa TCS. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paul Enferm 2010; 23(1):131-5.

57. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care transitions: a systematic review of best practices. Journal of Nursing Care Quality, Frederick. 2014;30(30):233-39.

58. Jackson K, Oelke ND, Besner J, Harrison A. Patient journey: implications for improving and integrating care for older adults with chronic obstructive pulmonary disease. Canadian Journal on Aging, Maple. 2012;31(2):223-233.

59. Meyers AG, Salanitro A, Wallston KA, Cawthon C, Vasilevcskis EE, Goggins KM, et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). BMC Health Services Research, London. 2014;14(10).

60. Cawton C, Walia S, Osborn CY, Niesner KJ, Schnipper JL, Kripalani S. Improving care transitions: the patient perspective. Journal of Health Communication, New York. 2012;17(3):312-24. [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23030579>

61. Coleman, EA, Parry C, Chalmers AS, Chugh A, Mahoney E. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. *Home Health Care Services Quarterly*, New York. 2007;26(4):93-104.
62. Freitas LFC. Continuidade do cuidado ao portador de doença crônica em uma unidade de atendimento imediato. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
63. Santos JLG. A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência. [Dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
64. Ferreira PL, Mendes AP, Fernandes IR, Ferreira RR. Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planejamento da alta (PREPARED). *Rev Enfermagem Referência*. 2011;5(3):121-33.
65. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilherm D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010;15 Suppl 1:S1009-1019.
66. Mendes E V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2010;15(5):2297-2305.
67. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, et al. Avaliação de Competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2009;19(3):695-710. [acesso em 16 jun 2017]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300008&script=sci_abstract&tlng=pt
68. Silva RNA, Lima AKM, Filha FSSC, Vilanova JM, Silva FL. Conhecimento e entendimento de enfermeiros sobre as ações gerenciais na atenção primária à saúde. *Rev Ciência & Saúde*. Jan.-abr.2016;9(1):21-29. [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/about/>
69. Melo CMM, Florentino TC, Mascarenhas NB, Macedo KS, Silva MC, Mascarenhas SN. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. *Esc Anna Nery* 2016;20(4):e20160085. [acesso em 25 jun 2017]. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1446
70. Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2016;69(1):169-177. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.
71. Melo MCH, Cruz GC. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. *Rev imagens da educação*. 2014;4(2):31-39. [acesso em 10 jul 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/imagenseduc.44i2.22222>
72. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. *Rev Temas em Educação*, João Pessoa. 2014;23(1):98-106.

73. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em Serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre-RS. *Interface - Comuni Saúde, Educ.* 2008;12(260):659-66.
74. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis.* 2004;14(1):41-65.
75. Petrucci FR. Benefícios da Contra Referência na Alta Hospitalar para Equipe da atenção Básica. [Especialização]. Assis (SP): INDEP Instituto de Ensino e Capacitação e Pós Graduação, 2010.
76. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Rev Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro.* 2010;15 Suppl 3:S3579-86.
77. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Rev Saúde Debate, Rio de Janeiro.* 2014;38(esp):279-295.
78. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface, Botucatu.* 2010;14(34):593-605.
79. Rodrigues RAP, Marques, S, Kusumota L, Santos EB, Fhon JRS, Wehbe SCCF. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto.* 2013;21(9):1-9.
80. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRF, Poletti NAA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Rev Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):345-50.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NO SERVIÇO HOSPITALAR

Na observação serão considerados os seguintes aspectos:

- 1- Observar a alta dos usuários.
- 2- Profissional que realiza as orientações pós alta.
- 3- Documento de contrarreferência.
- 4- Informações contidas no documento de contrarreferência.
- 5- Observado contato telefônico com a APS.
- 6- Qual o profissional é contatado na APS, para receber as informações.
- 7- Os familiares recebem informações da contrarreferência.
- 8- Orientações pós-alta são programadas dias antes.

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL*
PROFISSIONAIS DO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

NÚMERO:

DATA:

1- Você tem conhecimento de todas as consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

2- Quando seus usuários necessitam um encaminhamento, você conversa com os usuários sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

3- Alguém de seu serviço de saúde ajuda o usuário a agendar a consulta encaminhada?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

4- Quando seus usuários são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

5- Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações escrita em documento de contrarreferência sobre os usuários encaminhados?

- com certeza, sim

- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

6- Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações via telefone sobre os usuários encaminhados?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

7- Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seus usuários sobre os resultados desta consulta?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

8- Na sua opinião, é importante receber a contrarreferência escrita dos serviços que seus usuários foram referenciados?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

9- Você acha importante receber a contrarreferência via telefone dos serviços que seus usuários foram referenciados?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

10- Você tem conhecimento de todos os usuários, moradores na área adscrita, que recebem alta hospitalar?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

11- Você estabelece comunicação com os serviços especializados?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

12 – Você solicita aos usuários que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

13 – Você permitiria aos usuários examinar seus prontuários se assim quisessem?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

14- Os prontuários dos usuários estão disponíveis quando você os atende?

- com certeza, sim
- provavelmente, sim
- provavelmente, não
- com certeza, não
- não sei/não lembro

15- Profissional que recebe a contrarreferência escrita:

- Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem Secretário
- Cirurgião Dentista Auxiliar de Saúde Bucal Estagiário Não recebe informação

16- Profissional que recebe a contrarreferência via telefônica:

- Enfermeiro Médico Técnico de Enfermagem Secretário
- Cirurgião Dentista Auxiliar de Saúde Bucal Estagiário Não recebe informação.

17- O que é realizado com a contrarreferência recebida:

- Agendada consulta médica
- Agendada consulta enfermeiro
- Acolhimento realizado pelo médico
- Acolhimento realizado pelo enfermeiro

- Agendada visita domiciliar
- Nenhuma das opções

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Fluxo organizacional de contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde: proposta de integração**”, que tem como objetivo geral elaborar um fluxograma organizador para contrarreferência do usuário portador de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada que recebe alta hospitalar e retorna para APS. Essa pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, constituindo a dissertação da enfermeira Carina Martins Acosta, no Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) sob a orientação da Professora Dra. Alísia Helena Weis Pelegrini.

A pesquisa ocorrerá no local e no horário de trabalho dos participantes do estudo, com previsão de 10 minutos para responder o questionário auto-aplicável.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento seu nome será divulgado em qualquer fase de realização do estudo. Os dados obtidos serão somente utilizados nessa pesquisa e os resultados divulgados em revistas científicas e/ou eventos.

Sua participação é de caráter voluntário, sendo que você pode recusar-se a responder determinadas questões ou desistir de participar e retirar seu consentimento a qualquer momento. A recusa em sua participação não acarretará quaisquer prejuízos em relação ao pesquisador e à instituição.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos do estudo são mínimos, consistindo principalmente em possível constrangimento decorrente da aplicação do questionário à natureza do assunto abordado e da presença do pesquisador durante a observação não participante. Se isto ocorrer, você pode interromper o preenchimento do questionário imediatamente. Os benefícios serão principalmente a contribuição ao corpo de conhecimento científico na área e a reflexão sobre o assunto abordado.

O pesquisador ficará responsável pelo ressarcimento de qualquer despesa do participante, quando necessário, tais como transporte e alimentação, bem como pela assistência imediata em virtude de danos decorrentes da pesquisa. O participante tem direito a indenização por parte do pesquisador nas diferentes fases da pesquisa, caso venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas realizadas pelo pesquisador através de um questionário auto-aplicável, sendo realizada a utilização de códigos, a fim de não possibilitar a identificação dos participantes do estudo.

O estudo se desenvolverá em 4 etapas. Na primeira etapa será realizada observação não participante do processo de alta hospitalar. Na segunda será realizado um questionário auto-aplicável com os enfermeiros do hospital e do ESF, na terceira etapa ocorrerá a construção de um fluxograma de contrarreferência dos pacientes portadores de AVC, IAM e HAS descompensada e na quarta uma ação educativa com todos os participantes envolvido no estudo.

A pesquisadora responsável garante o atendimento de todas as diretrizes e normas da Resolução CNS/MS nº 466/2012.

Você receberá duas vias deste termo a serem assinadas, sendo que uma cópia ficará com você e outra com a pesquisadora. Você poderá contatar a qualquer momento a orientadora Profa Dra. Alísia Helena Weis Pelegrini (e-mail: alisia@ufcspa.edu.br - telefone: 51-3303-8858) e a pesquisadora Carina Martins Acosta (e-mail: enfcarinacorrea@yahoo.com.br - telefone: 51-9518-2062).

Eu, _____, declaro estar ciente sobre o teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e estou de acordo em participar deste estudo, entendendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de minha participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Estou ciente dos riscos e benefícios envolvidos nesta pesquisa, além de entender seus objetivos e os procedimentos aos quais serei submetido.

Porto Alegre, __ de _____ de 2017.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (CEP-UFCSPA)

Rua Sarmento Leite, 245 – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

CEP: 90050-170

Fone (51) 3303-8804

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
PROFISSIONAL

**Proposta de um Documento de Contrarreferência Hospitalar para a Atenção Primária à
Saúde¹**
Roteiro de Orientações para a Etapa Hospitalar

Carina Martins Acosta
Alisia Helena Weis

Julho de 2017.

1 Produto do trabalho de conclusão de curso intitulado “Elaboração de uma proposta de um documento de contrarreferência hospitalar para a atenção primária à saúde em um município do interior do Rio Grande do Sul”. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre número 2030468.

Roteiro de Orientações para a Etapa Hospitalar

- A necessidade de elaboração de uma proposta de contrarreferência surgiu com o propósito de minimizar a fragmentação do cuidado oferecido pelos serviços de saúde, aumentar a resolutividade dos problemas dos usuários e tentar assegurar a coordenação da atenção à saúde dos indivíduos pela APS.

- A proposta foi discutida e aceita pela coordenação da Atenção Básica à Saúde do município, direção de enfermagem do hospital e direção hospitalar tendo em vista o interesse institucional em qualificar a atenção prestada aos usuários na alta hospitalar.

- O documento de contrarreferência hospitalar para atenção primária à saúde foi construído coletivamente com os coordenadores das unidades de saúde do município, com base na verificação da inexistência de um documento formal para o encaminhamento de usuários no pós alta.

- O documento é uma proposta, sendo factível a necessidade de adequações, após discussão e construção com os profissionais envolvidos na hospitalar das unidades de internação clínica e cirúrgica.

- A proposição é a aplicabilidade de um documento sistematizado e padronizado para a contrarreferência hospitalar exequível na prática profissional.

- O enfermeiro é o profissional recomendado a realizar a contrarreferência hospitalar, no entanto, qualquer outro profissional poderá fazê-la. A finalidade é estimular o profissional a realizá-la para a qualificação do cuidado.

- Recomenda-se a realização de uma intervenção educativa coletiva, pela pesquisadora com os enfermeiros das unidades de internação clínica e cirúrgica do hospital para discussão do documento de contrarreferência. Sugere-se a realização de dois encontros, o primeiro para apresentação do trabalho de conclusão de curso da pesquisadora e discussão da proposta e o segundo encontro para definição da operacionalização.

- A atividade está embasada nos resultados das observações da alta hospitalar, das opiniões dos coordenadores da APS sobre a contrarreferência hospitalar e no estudo de Soong *et al* (2013) Os autores elaboraram um checklist, baseado nas recomendações das melhores evidências sobre as melhores práticas de alta. A pesquisa foi composta por membros experientes de áreas multidisciplinares dos diversos setores da saúde a partir de uma busca sistemática na literatura. Foi descrito que uma abordagem estruturada para o planejamento da alta a partir da admissão,

o processo através da alta e transições de cuidados centrados no usuário garantem uma alta com eficiência, eficácia e segura. O checklist é composto por sete itens e eles serão apresentados e abordados com os profissionais envolvidos na alta hospitalar. A saber:

Indicação de Hospitalização- avaliar a necessidade do usuário permanecer internado;

Cuidados/Atenção Primária- identificar se o usuário possui um prestador de cuidado primário, realizar o contato com a equipe de cuidados e comunicar da admissão, do diagnóstico e a data prevista da alta e manter o acompanhamento 7-14 dias pós alta;

Segurança de medicamentos- ensinar ao usuário o uso correto dos medicamentos, relacionar os medicamentos que receberá na alta com os que já estava usando antes da admissão;

Planos de Acompanhamento- como ocorrerá o acompanhamento deste usuário pós alta, qual local, data;

Referência de Cuidados Domiciliares- quem realizará estes cuidados quando usuário receber alta, avaliar se essa pessoa está preparada para atender as necessidades do cliente;

Comunicação- Fornecer as informações ao usuário e sua família por escrito com resumo de tudo que aconteceu durante sua internação, bem como o plano de alta, com todas as orientações de medicamentos e no caso de necessidade de atendimento de emergência que serviço de saúde procurar e os encaminhamentos a especialistas;

Educação do usuário- Os ensinamentos devem iniciar na admissão, desde a ação do medicamento e sua relação com o diagnóstico, explicar detalhadamente o sumário de ata, explicar também os possíveis sintomas, o que poderá acontecer quando estiver em casa e em que circunstâncias o usuário deve procurar atendimento.

- Após a intervenção, pretende-se iniciar a testagem do documento e posteriormente, a implementação e a avaliação do processo.

MODELO DE DOCUMENTO DE CONTRARREFERÊNCIA UTILIZADO PELO SERVIÇO HOSPITALAR

DOCUMENTO PARA ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

(Entregar na Unidade de Saúde junto com o sumário de alta do hospital)

Dados a serem preenchidos pelo Hospital

Nome: _____

Motivo da internação: _____ CID: _____

Período de internação: _____

Medicações e posologia (internação e pós alta):

Unidade de Saúde de referência: _____

Endereço da Unidade de Saúde: _____

Profissional de contato na Unidade de Saúde: _____

Profissional de contato do hospital: _____

Telefone para contato: _____

Retorno: (qual profissional? Qual ambulatório?):

Data de retorno: _____

Exames realizados e resultados anexados: () Sim () Não Quais?

**Recomendações para a Atenção
Básica**

Finalidade/Justificativa

- () Visita domiciliar (em situações de dificuldade de deslocamento do usuário)
- () Consulta de enfermagem
- () Consulta médica
- () Consulta Cirurgião Dentista
- () Outros:

Dados a serem preenchidos pela Unidade de Saúde

Data de recebimento dos documentos: _____

Nome da Unidade: _____

Prontuário da família: _____ Data do atendimento: _____

Atendimento realizado: _____

Profissional que realizou o atendimento: _____

Seguimento recomendado: _____

Observações: _____

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fluxo organizacional de contrarreferência para a Atenção Primária à Saúde: proposta de integração

Pesquisador: ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63218916.5.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.030.468

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de intervenção, descrito na área da saúde como abordagem da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), que tem como finalidade construir estratégias de aproximação entre as formulações teóricas e a reconstrução das práticas em saúde.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Elaborar um fluxograma organizador para contrarreferência do usuário portador de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) descompensada que recebe alta hospitalar e retorna para APS.

Objetivo Secundário:

- Identificar as concepções dos enfermeiros da APS e do hospital sobre a coordenação do cuidado.
- Conhecer o fluxo existente de contrarreferência hospitalar dos usuários com AVC, IAM e HAS descompensada para a APS.
- Realizar uma ação educativa sobre o fluxograma organizador e coordenação do cuidado com os profissionais enfermeiros da APS e do Hospital.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.030.468

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_797773.pdf	13/03/2017 19:22:45		Aceito
Outros	Aceite_hospital.pdf	13/03/2017 19:21:56	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Outros	Anuencia_prefeitura.pdf	13/03/2017 19:21:01	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Outros	Anuencia_secretaria.pdf	13/03/2017 19:19:55	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	13/03/2017 19:18:40	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ajustado.pdf	13/03/2017 19:17:44	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento.pdf	13/03/2017 19:17:24	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_relatorio.pdf	01/12/2016 15:44:45	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/11/2016 12:18:45	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCarina.doc	05/10/2016 10:39:01	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.docx	05/10/2016 10:36:44	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245
Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
UF: RS Município: PORTO ALEGRE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.030.468

Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/10/2016 10:36:44	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Acelto
Outros	QuestionarioautaplicavelAPS.docx	05/10/2016 10:36:21	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Acelto
Outros	Questionarioautaplicavelhospital.docx	05/10/2016 10:34:06	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Acelto
Outros	Roteiroobservacaonaoparticipante.docx	05/10/2016 10:31:29	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Acelto
Orçamento	orcamento.docx	05/10/2016 10:28:00	ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 25 de Abril de 2017

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170

UF: RS Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO 2

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo do projeto de pesquisa, desenvolvido pela acadêmica Carina Martins Acosta, sob orientação da Dra. Alisia Helena Weis Pelegrini, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa na unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.



CLARISSA GOHLKE

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e
Programas de Saúde

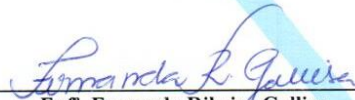
ANEXO 3

Prezados Senhores

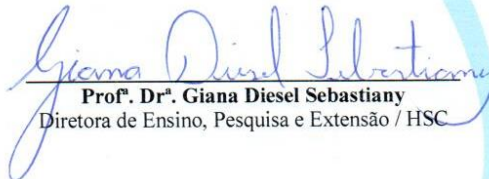
Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado “**FLUXO ORGANIZACIONAL DE CONTRARREFERÊNCIA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO**”, desenvolvido pela aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem / PPGENF-UFCSPA, **Carina Martins Acosta**, sob supervisão da **Profª. Drª. Alisia Helena Weis Pelegrini**, bem como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser previamente submetidos à análise da Instituição.

Afirmamos concordar com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Atenciosamente,



Enf. Fernanda Ribeiro Gallisa
Diretora Assistencial / HSC



Prof. Drª. Giana Diesel Sebastiany
Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC