



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UFRJ CAMPUS MACAÉ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUZANNA MARTINS COSTA

A Percepção de profissionais da Rede de Atenção à Saúde em Macaé-RJ sobre o uso da
Referência e Contrarreferência no contexto da atenção à gestante
durante a pandemia de COVID-19

Macaé

2022



SUZANNA MARTINS COSTA

A Percepção de profissionais da Rede de Atenção à Saúde em Macaé-RJ sobre o uso da
Referência e Contrarreferência no contexto da atenção à gestante
durante a pandemia de COVID-19

Trabalho de graduação apresentado para
conclusão do curso de enfermagem da
Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus
Macaé, como requisito para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. MSc. Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Fernanda Teles Morais do Nascimento

Macaé

2022

CIP - Catalogação na Publicação

C837

Costa, Suzanna Martins

A percepção de profissionais da rede de atenção à saúde em Macaé-RJ sobre o uso de referência e contrarreferência no contexto da atenção à gestante durante a pandemia de COVID-19 / Suzanna Martins Costa - Macaé, 2022.

116 f.

Orientador(a): Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral.

Coorientador(a): Fernanda Teles Morais do Nascimento.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia, 2022.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Saúde da mulher. 3. COVID-19 (Doença).
I. Amaral, Isabela Barboza da Silva Tavares, orient. II. Nascimento, Fernanda Morais do. III. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

SUZANNA MARTINS COSTA

A Percepção de profissionais da Rede de Atenção à Saúde em Macaé-RJ sobre o uso da
Referência e Contrarreferência no contexto da atenção à gestante
durante a pandemia de COVID-19

Aprovada em: _____

Prof^ª. Msc. Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral
Orientadora e Presidente da Banca

Enf^ª: Monique dos Santos Mattos
1^a Examinadora

Prof^ª. Prof^ª Dr^a Cássia Quelho Tavares
2^a Examinadora

Prof^ª. Dr^a. Fernanda Teles Morais do Nascimento
1^a Suplente

Prof Enf. Dr. Tiago Oliveira de Souza
2^a Suplente



Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, a razão da minha existência, aquEle que direcionou os meus passos sendo socorro sempre presente nos tempos de angústia, sustentando e renovando as minhas forças diariamente nessa jornada até aqui, para minhas famílias, de Anápolis-GO que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa, e a que ganhei em Macaé-RJ que me acolheu e proporcionou as condições necessárias para morar e viver esses anos aqui, onde sem a participação e contribuição de cada um por meio do cuidado por mim demonstrado de diferentes formas e momentos, só reafirmaram o sustento que Deus teve por mim.

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar minha sincera gratidão à minha orientadora e coorientadora pelo apoio contínuo ao meu estudo, paciência, motivação e imenso conhecimento. Eu não poderia imaginar ter uma orientação melhor para a minha pesquisa.

Sou grata pela confiança depositada na minha proposta de projeto pela orientadora do meu trabalho. Obrigada por me manter motivada durante todo o processo, e dedicar inúmeras horas para sanar as minhas questões e me colocar na direção correta.

Manifesto aqui toda minha gratidão a banca examinadora e a todos os professores e profissionais que fizeram parte da minha formação dentro e fora da Universidade.

Obrigado, meu Deus, por abençoar o meu caminho durante esse trabalho. A fé que tenho em ti alimentou meu foco, minha força e minha disciplina. Sou grata pelas bênçãos que recaíram não só sobre mim, mas também sobre todos os amigos e familiares.

Mera mudança não é crescimento.
Crescimento é a síntese de mudança
continuidade, e onde não há continuidade não
há crescimento.

C. S. Lewis

RESUMO

COSTA, Suzanna. **Título:** A Percepção de profissionais da Rede de Atenção à Saúde em Macaé-RJ sobre o uso da Referência e Contrarreferência no contexto da pandemia de COVID-19, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro Multidisciplinar UFRJ, Macaé-RJ, 2022.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um dos seus princípios a integralidade, de modo que o usuário seja atendido em todas as suas necessidades em saúde. A efetivação desse sistema, requer um olhar holístico, acompanhado da continuidade em sua organização, tendo em uma das suas vertentes do sistema a aplicação da referência e contrarreferência. A perspectiva holística de saúde na pandemia do novo coronavírus na saúde das gestantes tem um impacto significativo pela importância do acompanhamento desde o pré-natal ao puerpério, ressaltando a relevância de um acompanhamento continuado entre as redes de atendimento e equipe multiprofissional. Este estudo objetiva compreender a aplicabilidade do processo de referência e contrarreferência na atenção a saúde da gestante pela percepção da equipe multiprofissional no contexto de pandemia de COVID-19. Caracteriza-se por, uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, na vertente fenomenológica. Os locais de coleta foram: um centro de especialidades e 3 unidades de saúde da família, onde foram entrevistados profissionais da saúde sendo 3 enfermeiros e 3 médicos, que atuam diretamente no acompanhamento de gestantes durante a pandemia, o instrumento de coleta de dados foi o questionário semiestruturado com entrevista focalizada. Por meio dos resultados, foi possível interpretar nas falas, que para os profissionais de saúde ainda existe uma falha na comunicação entre os mesmos nos diferentes níveis de atenção, e a contrarreferência para Estratégias de Saúde da Família não é efetivada. Concluindo que existem dificuldades com relação à aplicabilidade e execução da referência e à contrarreferência, e conseqüentemente existem problemas nas questões de integralidade da assistência e acesso.

Palavras- chave: SUS, Encaminhamento e consulta, Saúde da Mulher, COVID-19.

ABSTRACT

COSTA, Suzanna. Title: The Perception of Health Care Network professionals in Macaé-RJ on the use of Reference and Counter-reference in the context of the COVID-19 pandemic, Federal University of Rio de Janeiro, Centro Multidisciplinary UFRJ, Macaé-RJ, 2022.

The “**SUS (Sistema Único de Saúde - Unified Health System)**”, has integrality as one of its principles, so that the user is attended to in all their health needs. In order to implement this system, it requires a holistic view, accompanied by continuity in its organization, having in one of its aspects of the system the application of reference and counter-reference. The holistic health perspective in the new coronavirus pandemic on the health of pregnant women has a significant impact due to the importance of follow-up from prenatal care to the puerperium, emphasizing the importance of continued follow-up between care networks and the multiprofessional team. This study aims to understand the applicability of the referral and counter-referral attention to the health of the pregnant woman through the perception of the multidisciplinary team in the context of the COVID-19 pandemic. It is characterized by an exploratory research with a qualitative approach, in the phenomenological aspect. The collection sites were: a specialty center and 3 family health units, where health professionals were interviewed, including 3 nurses and 3 doctors, who work directly in the monitoring of pregnant women during the pandemic, the data collection instrument was the semi-structured questionnaire with focused interview. Through the results, it was possible to interpret in the speeches that for health professionals there is still a failure in communication between them at different levels of care, and the counter-referral to Family Health Strategies is not effective. Concluding that there are difficulties regarding the applicability and execution of the reference and the counter-reference, and consequently there are problems in the issues of integrality of care and access.

Keywords: SUS, Referral and consultation, Women's Health, COVID-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ABS	Atenção Básica de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID	Coronavírus Disease
NEPIS	Núcleo de Estudos de práticas Interprofissionais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regularização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 OBJETIVO	15
1.2 JUSTIFICATIVA	15
2. METODOLOGIA	16
2.1 TIPO DE PESQUISA	16
2.2 LOCAL DE PESQUISA	16
2.3 SUJEITOS DA PESQUISA	17
2.4 COLETA DE DADOS	17
2.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	17
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
3.1 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	22
3.2 FERRAMENTAS POTENCIALIZADORAS DO USO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	24
3.3 DESAFIOS DO USO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	26
3.4 SISREG	28
3.5 COVID-19	31
3.6 SAÚDE DA MULHER	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
5. REFERÊNCIAS	38
6. APÊNDICE	42
7. ANEXO	50



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO MULTIDISCIPLINAR UFRJ – MACAÉ

INSTITUTO DE ENFERMAGEM



1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como um núcleo único, que concentra os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, como forma de organização e operacionalização, e princípios organizativos, representados pela regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado (MENICUCCI, 2009).

Criado na Constituição Federal Brasileira em 1988, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e está amparado por um conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2000).

No que tange ao alcance e efetivação da integralidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve ser considerada a necessidade de edificação do cuidado por meio de uma perspectiva articulada, coordenada e resolutiva dos fluxos e gestão do trânsito dos usuários através dos serviços de saúde e demandas.

Logo, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos níveis de complexidade, devem possuir um sistema capaz de prestar assistência integral (TEIXEIRA et al , 2013). A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, e por esse motivo há a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional, pois cada paciente possui uma singularidade (BRASIL, 1990). Singularidades estas que, podem representar necessidades que não são sanadas apenas em um único nível de assistência, havendo portanto a necessidade de se pôr em prática a referência e contrarreferência.

A referência representa o maior grau de complexidade, ou seja, consiste no encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contrarreferência, diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, sendo o encaminhamento realizado a um atendimento de menor complexidade, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (BRASIL,1980; FRATINI, 2018).

Assim, um serviço de saúde por meio da referência pode manter uma comunicação com o outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas tendo também por meio da contrarreferência um registro do que foi realizado e um acompanhamento mais efetivo e preciso das atuais demandas e necessidades do paciente.

Nesse aspecto, NOVAES (1990, p. 38) considera que:

Essa “referência”, porém, consiste de uma comunicação nos dois sentidos, como vimos, ou “contra - referência”, o que implica numa interação dinâmica entre os diferentes níveis dos sistemas “compreensivos” de saúde. Assim, devem existir normas e procedimentos claros de quem, por que, como e quando a referência e contra-referência devem utilizar-se. Para que isto ocorra, cada serviço de saúde precisa ter total conhecimento sobre os estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada, nos diferentes níveis dentro de uma determinada área.

Destaca-se assim, a importância do conhecimento dos serviços, normas e procedimentos realizados e fornecidos por cada unidade, o que facilita essa interação e potencializa a comunicação entre os profissionais e serviços, auxiliando a continuidade e adequando o atendimento e acompanhamento da paciente de acordo com a sua necessidade. Ressalta-se aqui, o significativo papel da Atenção Primária à Saúde (APS) para garantia da longitudinalidade do cuidado em saúde, coordenando esse cuidado através da rede.

O SUS se organiza em redes de atenção que têm início na APS, que é considerada a verdadeira porta de entrada do usuário no sistema de saúde, sendo responsável por coordenar o encaminhamento dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas ou supridas somente por ações e serviços da APS. A APS é responsável por manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção, mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2015).

As redes de atenção à saúde (RAS) proporcionam melhoria no acesso e na qualidade da assistência, pois aprimoram os resultados e aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde (PEREIRA, 2015). Um dos desafios das RAS é a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde. E o sistema de Referência e Contrarreferência, é uma das principais ferramentas que podem garantir essa articulação entre os diferentes níveis de complexidade.

No que tange à saúde da mulher, a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ocorreu foi criada antes do Sistema Único de Saúde (SUS) e antes da promulgação da Carta Magna, sendo assim foi o pioneiro a utilizar no uso do termo integralidade da saúde na política pública.

Costa e Aquino, (2002 p.185) evidenciam que:

A criação do PAISM, em 1983, representou um marco na história das políticas públicas voltadas para as mulheres, pois, pela primeira vez: (...) ampliou-se a visão de integralidade, presente de mulher como sujeito, que

ultrapassa a sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde.

Com a chegada da COVID ao Brasil no início de 2020, um novo desafio foi imposto ao funcionamento do nosso sistema de saúde. Desafio este que consiste em reorganizar seus serviços, antes já sobrecarregados, frente ao crescimento da demanda de atendimento e internações geradas pela pandemia de COVID-19. Essa situação refletiu na preocupação para o atendimento de diversos grupos considerados de risco, entre eles a gestante que procura o serviço de saúde da mulher.

No Brasil, segundo orientações do Ministério da Saúde, gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para COVID-19. (BRASIL, 2019). A literatura aponta que gestantes com infecção por Sars-Cov-2 e que evoluem para um quadro grave associado a uma comorbidade têm probabilidade aumentada de passar por um parto cesariano de emergência ou um parto prematuro, o que eleva o risco de morte materna e neonatal (LI et al., 2020).

A perspectiva holística de saúde na pandemia do novo coronavírus na saúde das gestantes tem um impacto significativo pela importância do acompanhamento desde o pré-natal ao puerpério, e as medidas de isolamento social geraram uma redução desses atendimentos, ressaltando a relevância de um acompanhamento conciso e continuado entre as redes de atendimento e equipe multiprofissional, por meio de novas estratégias. Algumas dessas estratégias são: reorganização do fluxo da rede; acompanhamentos e orientações virtuais; triagem de classificação de risco; e as consultas e procedimentos de rotina durante o pré-natal das gestantes com sintomas da síndrome gripal devem ser adiados por 14 dias (BRASIL, 2020b).

Considera-se também importante ressaltar que, mesmo em meio ao atual cenário da pandemia COVID-19, os profissionais da saúde precisam assegurar, à mulher, o direito da atenção humanizada ao pré natal, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. No Brasil, esses direitos são garantidos pela Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, conhecida como Rede Cegonha, e instituídos por meio da Portaria nº 1459/2011 (BRASIL, 2011).

Como o atendimento do pré-natal ao puerpério demanda de vários profissionais de saúde em níveis diferentes de atenção à saúde, principalmente nos casos de gravidez de risco, é evidenciado a importância de uma sistematização da referência e contrarreferência, tornando o atendimento mais fluido e a comunicação entre as redes mais efetiva, aplicando assim o

princípio da integralidade da mulher em todas as suas fases de acordo com as suas necessidades.

Utilizou-se como questão norteadora para a presente pesquisa: “Como se desenvolve o processo de referência e contrarreferência na saúde da mulher no contexto da pandemia covid -19 pelo olhar dos profissionais de saúde atuantes no acompanhamento de gestantes, em unidades municipais de saúde em Macaé”.

1.1 OBJETIVO

O objetivo geral levantado é compreender a aplicabilidade do processo de referência e contrarreferência pela percepção da equipe multiprofissional no contexto de pandemia de COVID-19.

Como objetivos específicos, têm-se: 1- Descrever o uso da referência e contrarreferência no município de Macaé durante o período de pandemia, segundo o olhar dos profissionais de saúde; 2- Analisar a articulação entre os serviços a partir do uso de referência e contrarreferência na rede municipal de saúde de Macaé; 3- Identificar se há e quais são as principais dificuldades para o uso da referência e contrarreferência no atendimento a saúde da mulher gestante no atual contexto de pandemia de COVID-19.

1.2 JUSTIFICATIVA

Mediante tais considerações e como estudante de enfermagem na Universidade Federal do Rio de Janeiro- Campus Macaé, a vivência nos estágios supervisionados no cotidiano de pacientes e familiares despertou o interesse em investigar quais as dificuldades que os profissionais encontram para dar continuidade na sua assistência em sua unidade de atendimento.

Argumenta-se no presente estudo, que é preciso que o profissional tenha uma comunicação entre as unidades em relação ao fluxo das pacientes usuárias do SUS, para que realmente haja a efetivação desse sistema, facilitando-lhes o acesso e a continuidade da assistência fornecida pelos serviços de saúde do município na atenção primária e secundária, de forma comprometida e articulada. Percebe-se que a operacionalização desse trabalho muitas vezes está submetido a (re)arranjos propostos pelo município de Macaé, por exemplo, o redirecionamento dos profissionais da APS para triagem e unidades específicas para o combate ao COVID-19, a falta de recursos financeiros, os quais descaracterizam a proposta

original do SUS, com enfoque nos princípios da: universalidade, integralidade e equidade, também contidos no projeto de Reforma Sanitária, dificultando assim, a continuidade de um acompanhamento de qualidade ao paciente.

Espera-se, com os resultados, contribuir para as unidades de saúde, juntamente com os profissionais envolvidos, no processo de referência e contrarreferência dos níveis primário e secundário de atendimento do município de Macaé.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo caracteriza-se por uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, na vertente fenomenológica, por meio da qual é possível construir o conhecimento a partir da experiência de sujeitos que, no cotidiano, vivenciam o fenômeno em questão (MARTINS; BICUDO, 1989).

Com base na obra de Merleau-Ponty, MARTINS (1992) identifica na trajetória fenomenológica, três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. O autor sustenta que a fenomenologia, no século XX, é determinada como um movimento cujo objetivo principal é a investigação e a descrição de fenômenos, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos, não havendo problemas e nem mesmo hipóteses previamente definidas (MARTINS, 1992).

O presente estudo faz parte do Projeto de pesquisa intitulado: "Diagnóstico das Redes de Atenção à Saúde em Macaé-RJ: em busca de um plano de desenvolvimento para integração do sistema de atenção à saúde", ligado ao Núcleo de Estudos em Práticas Interprofissionais de Saúde (NEPIS) da UFRJ-Macaé. O referido projeto obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Multidisciplinar da Universidade Federal do Rio de Janeiro- campus Macaé, sendo aprovado pelo nº CAEE: 17725219.40000.5699.

2.2 LOCAL DE PESQUISA

Os locais de coleta foram: um centro de especialidades e 3 unidades de saúde da família, que fazem parte do Projeto PET- Saúde/ Interprofissionalidade edição 2019/2020. Essas Unidades são compostas por: Médico; Odontólogo; Enfermeiro; Técnico em enfermagem; Agente comunitário de Saúde; Auxiliar de saúde bucal; Recepcionista e Auxiliar de serviços gerais. Possuindo as especialidades em saúde da mulher: Pré-natal/Parto e Nascimento, Saúde da Família, Clínico Geral, Ginecologista, sendo esses locais unidades disponíveis de acesso à população durante o enfrentamento da pandemia COVID-19.

2.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais da Saúde de nível superior em atendimento em saúde da gestante que trabalham nos locais definidos como campo de pesquisa, e que tenham aceitado participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Foram estabelecidos, enquanto critérios de exclusão: profissionais, que durante o período de coleta de dados estivessem gozando de licença médica, licença maternidade, afastados por covid 19 ou férias. Foram selecionados e entrevistados 3 enfermeiras e 3 médicos.

Esses profissionais atuam diretamente no atendimento a saúde da mulher e assim experienciaram a realidade do referenciamento e contrarreferenciamento durante a pandemia de COVID-19 nas unidades básicas de saúde primárias e secundárias, por isso, vivenciam o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de assistência.

2.4 COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista focalizada (Apêndice 2). O roteiro das entrevistas buscou estimular os participantes a emitirem suas opiniões, sentimentos e significados sobre a experiência vivida.

A obtenção dos dados foi realizada por meio de entrevistas previamente agendadas, realizadas por meio remoto em uma plataforma de vídeo chamada onde as mesmas foram áudio-gravadas com a autorização prévia de cada entrevistado onde os mesmos foram previamente esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

A pesquisa foi realizada seguindo a Resolução 466/12 que fala dos critérios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, preservando e garantindo a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos envolvidos na pesquisa, assegurando assim sua proteção de imagem e sua não estigmatização, foi ocultado o nome das unidades tendo em vista o objetivo de não prejudicar os mesmos em nenhum aspecto pessoal e/ou profissional.

A coleta dos dados ocorreu no período de março a junho de 2021. Os áudios foram transcritos na íntegra, com o cuidado de salvaguardar o anonimato dos participantes e os dados obtidos foram organizados com a utilização de tabelas criadas no Microsoft Word®.

2.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O método fenomenológico significa um conjunto de princípios que dá fundamento à fenomenologia (MOREIRA, 2002). Esse método surgiu no início do século XX na Alemanha, visando “[...] *atingir a essência do fenômeno e não apenas os dados, os fatos de que tratam as Ciências Naturais*” (MORENO et al, 2004, p.349).

De acordo com RIBEIRO JR (1991, p. 24-25):

“ A fenomenologia nunca se orienta pelos fatos (externos ou internos), mas pela realidade da consciência, isto é, para aquilo que se manifesta imediatamente na consciência, alcançada por uma intuição, antes de toda reflexão ou juízo: as essências ideais (fenômenos).”

Há na literatura, a proposição de três modalidades para compreensão do fenômeno: a análise interpretativa, que aborda um delineamento complexo do fenômeno em questão e também é chamada hermenêutica, a análise de estrutura do fenômeno situado que envolve um fundamento filosófico e a análise reticular, também denominada linguística (MARTINS e BICUDO, 1994 apud MORENO et al, 2004). Para a presente pesquisa optou-se pela modalidade de análise interpretativa, que, conforme apontam Smith et al. (2009) apud Tombolato e Santos (2020), é considerada idiográfica, e para esse tipo de análise é sugerida a inclusão de até seis participantes para que a realização de um bom estudo seja assegurado. O pesquisador que elege a Análise Fenomenológica Interpretativa visa investigar, descrever, contextualizar e interpretar os significados atribuídos pelos participantes às suas próprias vivências. (TOMBOLATO e SANTOS, 2020).

Encontra-se na literatura, a proposição de três etapas para realização deste tipo de análise: 1-Descrição, 2-Redução, 3-Interpretação

Segundo Lima (2016), na descrição, busca-se o levantamento de declarações que são significativas ao entrevistado em relação à interrogativa empreendida, buscando sempre a essência do fenômeno interrogado. Seguindo essa perspectiva e visando obter o que cada profissional entende sobre a sua realidade vivida dentro do contexto proposto na pesquisa, as entrevistas transcritas foram enumeradas de forma aleatória, buscando manter o anonimato de cada participante. Após leituras sucessivas das transcrições foi possível separar os registros de falas que transmitiram o significado de cada tema discutido por cada entrevistado para proporcionar uma melhor observação do que delas se procurava interpretar e compreender, possibilitando identificar a essência ou estrutura fenomenológica, que se manifestou nas descrições e discursos dos sujeitos. Sendo assim, esses fragmentos de falas foram denominados unidades de significado.

De acordo com Bicudo (2000, p. 81), apud Buffon, Martins e Neves (2017, p.23) as unidades de significado “são unidades da descrição ou do texto que fazem sentido para o pesquisador a partir da interrogação formulada”. Ainda nessa etapa da descrição, as essas unidades foram então categorizadas em seus respectivos temas em uma tabela (Apêndice 1)

Os trechos selecionados foram apresentados com uma numeração referente ao número do entrevistado, seguido do número da unidade de significado correspondente ao trecho do depoimento do profissional de saúde, entre parenteses, na sequência de algumas falas exemplificando os temas. Ex: (Ent.1: 03) corresponde ao depoimento do entrevistado 1, categoria temática 3.

Após o preenchimento da tabela, passamos para a fase de redução para identificar o fenômeno em questão na ótica dos profissionais de saúde entrevistados. Husserl (2001) destaca que a redução fenomenológica irá proporcionar ao pesquisador o acesso ao “modo de consideração transcendental”, ou seja, o “retorno à consciência”. Assim, por meio da redução fenomenológica, os objetos se revelaram na sua constituição em cada temática que foi categorizada à medida que surgiam as falas que norteiam o tema pesquisado. As categorias temáticas (Apêndice III) oriundas da etapa de redução foram as seguintes: Referência e Contrarreferência, Desafios do uso da referência e contrarreferência, Ferramentas potencializadoras do uso da referência e contrarreferência , SISREG, COVID-19 e Saúde da Mulher.

Por meio das informações as etapas se findam com a interpretação, que será a integração das informações e dos dados, onde é atribuído significado às expressões dos sujeitos pesquisados, sendo assim transformados em uma descrição consistente da estrutura situada do fenômeno, nela serão identificadas e assimiladas as singularidades das experiências e situações que possuem uma correlação e se interligam de alguma forma, embora constituam com suas singularidades, mostram-se relevantes para uma compreensão mais abrangente do fenômeno vivido (LIMA, 2016).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 6 profissionais de nível superior, sendo 50% (3) possuem formação em Enfermagem e 50% (3), em Medicina. Quanto ao sexo, os entrevistados eram predominantemente mulheres e apenas um profissional do sexo masculino, todos funcionários efetivos do município de Macaé-RJ, atuantes em unidades básicas de atendimento ou especializadas. Todos trabalharam durante a pandemia de COVID-19 e realizam atendimento direto na saúde da mulher, tendo, portanto, o conhecimento prático sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde.

3.1 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

O Sistema de Referência e Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde e, de acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita (ALVES et al, 2015).

Todos os profissionais entrevistados afirmaram realizar ou receber a referência dos usuários da atenção primária à saúde, relacionando direta ou indiretamente, a referência à resolutividade, conforme observado na fala de 3 dos entrevistados abaixo:

[...] unidade não, não, não dá conta daquela demanda e ela precisa referenciar aquela pessoa, aquele cidadão para tentar, né, solucionar o seu problema [...] (Ent 1:1)

[...]a referência é, quando você não pode resolver. E nós trabalhamos com resolutividade né. Aqui na ponta a gente consegue ser bastante resolutivo. Imagine se tudo a gente referenciasse né, é... os especialistas também não dariam conta. [...] (Ent 2:1)

Ao analisar as falas dos profissionais ficou evidenciada a associação do processo de referência e contrarreferência como uma forma de buscar a resolutividade na assistência para continuidade do cuidado quando a demanda do usuário excede o atendimento daquela unidade ou daquele profissional autor da referência. .

No estudo de SANTOS et al. (2021, p.60), é mencionada a importância do cuidado longitudinal junto à coordenação do cuidado que pode ser viabilizado pelo adequado funcionamento das ferramentas de referência e contrarreferência, o que torna o

reconhecimento delas como crucial para a comunicação entre a dinâmica social e a RAS. SANTOS et al (2021, p.59) afirmam ainda que a dificuldade na comunicação entre os profissionais resulta da interpretação do relato técnico apenas pelo usuário, o que corrobora com o que foi relatado pelos profissionais em suas falas sobre a ausência de um documento oficial com preenchimento obrigatório, pois somente assim seria possível a continuidade do cuidado com eficiência e conhecimento pleno do que foi acordado e prescrito pelo especialista. Os entrevistados relataram que os usuários referenciados para os outros níveis de atenção não são contrarreferenciados pelo profissional que realiza o atendimento na unidade especializada, e quando realizado, não é documentado nem possui riqueza de detalhes, sendo o mesmo feito de forma oral pelo próprio paciente.

[...] quando a pessoa é referenciada, ela precisa vir com uma contrarreferência para fechamento do caso, ou, às vezes, dar continuidade no atendimento mesmo [...] e essa contrarreferência nós não recebemos [...] é só mesmo da boca da população, não tivemos documentos. A população que informava pra gente o que que aconteceu, quando tinha a receita ainda mostrava [...] Os que guardam os papéis e tal, que era um pouco mais organizado, mas dos serviços mesmo nada [...] (Ent 1:2)

Segundo a fala dos entrevistados ao retornar à unidade de origem, o próprio paciente descreve o que recorda sobre as condutas realizadas pelo profissional ao qual foi referenciado, evidenciando a falta de comunicação entre as unidades dos diferentes níveis de complexidade da rede.

[...]Acaba que a gente tem muita referência e pouca contra. Mas eles deveriam ser em paridade, entendeu? Prestativas iguais.[...] Então, a gente já sabe que é uma ferramenta que vai ter que ser utilizada e a gente não usa muito contra, né? Porque geralmente a gente usa a referência e espera contrarreferência.[...] E a comunicação é uma lacuna, é uma falha [...] tem problema de registro, de comunicação [...] (Ent 1:4)

No Município de Macaé, quando um paciente é referenciado para algum atendimento especializado o mesmo recebe uma ficha de encaminhamento ao especialista (Anexo X). Nesta ficha há um campo na parte posterior denominado “Contra-Referência” que, em tese, deve ser preenchido pelo profissional especialista da atenção secundária, com observações e descrição do diagnóstico possivelmente identificado e diagnóstico e intervenção realizada. Porém, os participantes foram unânimes em considerar que essa ação não é efetiva, o retorno é descrito pelo próprio paciente com informações que o mesmo consegue recordar das condutas

realizadas pelo profissional especialista, apontando para o fato de que a contrarreferência não funciona na realidade dos processos de trabalho deles, conforme percebe-se nas falas a seguir:

[...] Tem um espaço para contrarreferência mas não funciona né? Não é eficaz e assim, eu entendo que a única maneira da gente conseguir receber isso seria com a informatização todo mundo usando uma plataforma única de evolução do paciente [...] (Ent 4:2)

[...] pensando em Macaé eu não acho efetivo não pelo fato da gente não ter o retorno desses pacientes a gente não tem essa comunicação né eu nunca recebi contra referência na realidade. [...] (Ent 4:4)

[...] Atrás é a contrarreferência. Quem atendeu ela, onde ela foi encaminhada tem que escrever o que que foi feito no atendimento e devolver pro ambulatório, só que isso não acontece./ [...] (Ent 6:2)

[...] não, tem a contrarreferência, ele não é efetivo em um dos dois pontos, você encaminha mas não tem a contrarreferência ele só tem um caminho ele vai, todas as pessoas fazem mas não tem uma contrarreferência e acaba ficando incompleto [...] (Ent 3:2)

Sendo assim, pôde ser evidenciado que há falta de comunicação dos profissionais entre os níveis de atenção à saúde no que tange a contrarreferência, impactando o atendimento de quem referência o usuário, no sentido de melhorar os cuidados de que necessitam, de dar continuidade ao acompanhamento com qualidade, e principalmente de obter as informações sobre a resolutividade do encaminhamento realizado, com riqueza de detalhes.

3.2 FERRAMENTAS POTENCIALIZADORAS DO USO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Na categoria potencial de uso foram evidenciadas nas falas dos profissionais entrevistados, três ferramentas que se constituíam em ações ou meios para potencializar e efetivar a aplicabilidade da referência e contrarreferência, nos sistemas primário e secundário de saúde sendo elas: a comunicação, o trabalho multidisciplinar, e o registro, seja por meio de um documento ou prontuário.

[...]É um contato direto que a gente faz com o profissional que está responsável lá pela saúde da mulher para conseguir uma consulta para uma paciente que a gente precisa de uma avaliação. [...] (Ent 4:3)

[...] eu acredito muito, que o atendimento de qualquer paciente é melhor quando ele é feito de modo multidisciplinar [...] acho que a gente melhora as referências e as contra-referências quando a gente tem o nível de atualização no sistema [...] (Ent 5:3)

O segundo relato acima faz menção aos registros dos dados dos pacientes em prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico em uso no município é o e-SUS, e apesar de já

ser uma realidade em algumas unidades de saúde da família, ainda encontra barreiras para ser efetivado na prática, conforme corrobora fala a seguir acerca de um entrevistado que compartilhava ausência de internet e computador na unidade:

"Pelo menos aqui na Unidade X né, a gente não consegue muito fazer isso porque o profissional médico não foi treinado pra isso eh a gente tava sem computador, sem internet. [...]"(Ent.4:5).

A necessidade da aplicabilidade do referenciamento e da contra referência pelos profissionais em seus atendimentos fica clara, em uma das falas em resposta à pergunta de número 3 do questionário, que refere à importância do uso da referência no atendimento dos serviços de saúde.

[...]eu acho que é uma ferramenta de trabalho essencial, assim, é bem utilizada, ela é boa [...] (Ent 1:3).

Os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) devem se articular por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contrarreferência, sendo de extrema importância que cada serviço se reconheça como parte integrante dessa rede, acolhendo e atendendo adequadamente à parcela da demanda que lhe compete e se responsabilizando pelo encaminhamento dessa clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento (BRASIL, 2002).

É necessário conhecer os processos de referência e contrarreferência, como uma das ferramentas de gestão que o SUS traz para sua consolidação, pois esses processos constituem parte da competência de cada componente da RAS (atenção básica, atenção especializada) (BRASIL, 2014). E para que se tenha uma RAS efetivamente integrada é essencial o reconhecimento de que a comunicação, o trabalho multidisciplinar e os registros são potencializadores desses processos, porque é a partir delas que se pode concretizar um acompanhamento de maior qualidade aos usuários do SUS.

3.3 DESAFIOS DO USO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A falha de comunicação, torna-se um desafio apresentado pelos profissionais durante as entrevistas. Isso ressalta a importância e a necessidade do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), e sobre essa ideia, Rozados (2003) ressalta que a tecnologia da informação viabiliza o conhecimento de uma pessoa ou de um grupo para que

possa ser adquirido, organizado e assim utilizado por outros membros da organização e de seus parceiros.

As falas apresentaram a questão da falta de interação entre a equipe da rede e também do desconhecimento da própria equipe em cada área específica. Foi trazido à tona que, por muitas vezes, os profissionais de saúde não têm conhecimento sobre os próprios parceiros de trabalho da rede, seja na primária ou na secundária, para que por meio dessa informação e conhecimento seja viabilizada e efetivada a realização da referência conforme a necessidade e demanda.

[...] eu ainda nesses seis anos de Macaé ainda não consegui identificar uma rede bem clara, que a gente vai lançar esse paciente pra rede e ele não vai ficar perdido vagando sem conseguir o atendimento. [...] Então a gente ainda faz muito assim da nossa disposição e do nosso empenho de conseguir conhecimento. Você tem um conhecimento daquele médico ali que está ali que vai poder atender essa demanda, não do sistema proporcionando [...]
(Ent.4:4)

Dentre os desafios o que ressaltou em diversas falas foi a ausência do documento devidamente preenchido conforme solicitado e preconizado pelo município como demonstrado.

Outro desafio que se apresenta é a forma centralizada com que são ofertados diversos serviços na Rede municipal de saúde de Macaé. O Ministério da Saúde no documento Pacto pela Vida, em defesa do SUS e Gestão (BRASIL, 2006 p. 72), descreve a regionalização como eixo estrutural da dimensão de gestão, ou seja, a regionalização deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

O processo de descentralização do sistema público de saúde no Brasil tem como objetivo proporcionar a eficiência, contribuindo assim para o acesso da população aos serviços de saúde, tendo por finalidade solucionar e suprir a demanda dos usuários referente ao processo de saúde e doença.

Nesse sentido, o fragmento de entrevista abaixo aponta o que um dos entrevistados compartilha acerca dessa conjuntura da rede municipal:

[...] Aqui em Macaé isso é uma problemática porque eu acho que é assim acho que em todos os municípios a atenção secundária, o cuidado especializado já é bem difícil, já não consegue dar conta de de assumir todas as demandas que são geradas aqui com a gente e Macaé por ter esse perfil de centralizar algumas linhas de cuidado aí que não vai dar conta mesmo [...]
(Ent 4:4)

Um estudo que realizou o diagnóstico da rede municipal de saúde de Macaé apontou, enquanto um dos principais nós da rede, a descentralização das coletas das amostras, que é um exemplo de oferta de serviço que não é descentralizado para as ESF's (AMARAL et al, 2021). Além disso, o mesmo estudo apontou ainda para a “necessidade do fortalecimento da APS no município no sentido de ser ordenadora da Rede e como meio para mudança de modelo de atenção à saúde da cidade, caracterizado então como hospitalocêntrico.” (AMARAL et al, 2021, p.171) .

Os desafios para o uso da contrarreferência, principalmente para as unidades da APS, é um desafio que urge ser superado devido a sua responsabilidade na coordenação do cuidado aos usuários do SUS, na busca de suprir as demandas com uma rede estruturada e bem delimitada em suas atribuições e ofertas, retornando o paciente para sua unidade de origem, com as informações necessária para continuidade do cuidado.

O fortalecimento da APS, principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em redes de atenção à saúde, atualmente, o modelo de atenção à saúde ainda fortemente hegemônico no SUS é fragmentado, com pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns dos outros e, por consequência, incapazes de prestar atenção contínua à população, além disso, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde, e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde (CONASS, 2011).

3.4 SISREG

Segundo a portaria N° 3.925, do Ministério do Estado da Saúde, Brasil (1998) a rede de atenção básica pode resolver em torno de 85% das demandas de saúde de uma comunidade, no entanto, para que ela seja efetiva é preciso garantir o acesso da população aos serviços de maior complexidade e a organização da referência dos pacientes faz parte da organização de um sistema municipal de saúde e requer normas, rotinas e fluxos definidos e pactuados entre os gestores.

A NOB-SUS (1996) já ressaltava a responsabilidade dos municípios referente aos níveis de atenção à saúde, e relata a necessidade da "criação de vínculos entre a população e os serviços". Referente a isso, o município tem a responsabilidade de desenvolver e aplicar métodos de planejamento e de gestão, incluídos neste os mecanismos abordados anteriormente de referência e contrarreferência, e todas as ações que podem estabelecer e

reforçar a conexão e fluxo do paciente para os serviços de maior complexidade (BRASIL, 1996).

Nas falas analisadas, foi relatado que o encaminhamento do paciente para um nível de maior complexidade acontece dentro do sistema SISREG, porém a não existência de uma aba de contrarreferência favorece a informalidade, de forma que ela é realizada pelo próprio profissional. As falas abaixo retratam a visão de um dos profissionais entrevistados acerca desse sistema, e teve a menção ao bairro de origem substituído pela letra X para garantia do anonimato do participante:

[...] o sistema que é o controle de avaliação das referências, não dá contrarreferência. Contrarreferência é o profissional que faz [...] (Ent. 3:5)[...] pra gente chegou agora recentemente a questão do SISREG né, da gente lançar aqueles pacientes, da gente regular esses pacientes durante a consulta e ainda não está muito... pelo menos aqui na Unidade X né, a gente não consegue muito fazer isso porque o profissional médico não foi treinado pra isso e a gente tava sem computador, sem internet. [...](Ent.4:5)

O SISREG é um sistema que se destina a regular às consultas ambulatoriais especializadas bem como os exames complementares, as vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- RJ, 2016).

O documento Guia de referência rápida do SISREG da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro recomenda sempre agendar consulta ou vaga especializada levando em consideração “a unidade executante de preferência pelo solicitante” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- RJ, 2016). Diferente do que foi a proposta inicial, conforme relatada pela profissional em sua fala:

[...] a proposta inicialmente da nossa coordenação é que o enfermeiro fizesse e regulasse todos esses pacientes, os pacientes que encaminho os pacientes que o profissional médico encaminhar, e não tem como. O que a gente propõe é que cada profissional no momento da sua consulta regule o seu paciente porque fica inviável fazer. Vou mandar esses pacientes voltarem um dia pra eu só ficar fazendo isso? Só preenchendo? Então aqui na unidade a gente não usa ainda o sistema, eu encaminho tudo o para o centro de regulação.[...] a gente encaminha pro zero oitocentos e eles que fazem essa regulação[...] (Ent.4:5)

Foi relatado o uso de uma guia física de referência no município, contendo as informações do paciente, o relatório da unidade de origem, o agendamento pela central de regulação e uma parte para informações de contrarreferência. Entretanto, não é obrigatório o uso da mesma para todos os agendamentos que são realizados pelo SISREG. O paciente pode ser atendido na consulta agendada com ou sem a guia física. Esse fato evidencia a ausência de padronização de regularização dos agendamentos, podendo ser físico ou no sistema, e realizado pelo próprio profissional ou pelo 0800, que faz o agendamento retornando para o profissional de acordo com as vagas disponibilizadas.

[...] a gente faz a solicitação em uma via física, escrita e encaminha o paciente para o agendamento. No agendamento eles verificam as vagas, para o profissional que a gente está pedindo e faz a marcação. É aí essa comunicação, ela existe porque quem faz o agendamento já sabe o número de vagas que tem para aquele profissional [...] (Ent 5:5)

O chamado “0800” consiste no local destinado ao Departamento de Controle e Avaliação, que realiza a regulação das vagas de especialidade no município.

Nestes casos, há uma dificuldade em realizar a contrarreferência, pois a mesma não é realizada pelo sistema do SISREG. Até porque o mesmo conforme dito anteriormente se destina a regulação de vagas, e não é o processo de referenciamento e contrarreferenciamento em importante ressaltar que na fala acima (Ent 5:5) o agendamento está relacionado ao processo de referenciamento sendo que ambos são distintos mas complementares.

Na fala de um dos profissionais do nível especializado, é importante destacar que a falta de contrarreferência ou até mesmo de uma referência para a APS, contribui para a sobrecarga do nível secundário. E nesse cenário centralizado, se torna até possível pensar em uma “referência para APS” mesmo indo de encontro ao próprio conceito de referência que envolve o encaminhamento a um nível de maior complexidade, pois se tratando de um sistema fortemente centralizado, em um modelo de atenção mais caracteristicamente hospitalocêntrico no município conforme apontado anteriormente, há possibilidade de que o atendimento hospitalar, por exemplo, se torne uma porta de entrada do usuário.

[...] A gente sobrecarrega, às vezes, uma unidade hospitalar com casos que são, que seriam de atendimento numa unidade básica. [...] pior é quando ela vai para um hospital, vai direto ao hospital sem passar por esse filtro né.[...] (Ent 5:4)

Diante das dificuldades relatadas no sistema, por fim os pacientes conseguem ser encaminhados de modo informal no acesso, passando muitas vezes diretamente para o atendimento secundário descaracterizando esta importante unidade, ficando muitas vezes em um sistema hospitalar de alta complexidade, sem necessidade.

Foi mencionada a relevância da comunicação efetiva entre os profissionais da rede e dos níveis de atenção primária e secundária, em uma das entrevistas, demonstrado como um facilitador para o cuidado continuado do usuário, onde a responsabilidade sobre o paciente permanece mesmo após o encaminhamento e contrarreferenciamento do mesmo, gerando a troca de conhecimento sobre os casos atendidos.

[...] deveria ter reuniões, deveria ter, agora na pandemia, reuniões virtuais de chefia para chefia, setor para setor. Pra que unificasse, pra que as pessoas se conhecessem né. Pra ser mais resolutivo no processo de trabalho. [...] (Ent 2:3)

Em oposição a ideia do uso do sistema de referência e contrarreferência os autores Souza e Carvalho (2014), defendem que haja um diálogo mais contínuo, diferentemente ao que ocorre junto ao arranjo “referências/contra referências”, a indução de um processo de produção de dispositivos que logrem contribuir para a efetivação de trocas contínuas entre especialistas e generalistas e o aumento do grau de corresponsabilidade deles em relação à gestão do cuidado de indivíduos e coletivos.

Contrapondo esse o sistema de referência e contrarreferência, para Souza e Carvalho (2014, p. 946) “aos especialistas caberia a função de acompanhar as equipes generalistas e discutir os casos que a equipe demande, tomando estes como experiências analisadoras que permitam a apropriação por parte das equipes demandantes daquilo que faz parte do núcleo especialista.”

3.5 COVID-19

Somando-se aos desafios já existentes no SUS, a pandemia de COVID-19 veio trazendo novos entraves aos processos de trabalho do cotidiano dos profissionais da saúde. Nesse aspecto, Teixeira et al. (2020) apontam que:

Expostos cotidianamente ao risco de contaminação, submetidos a condições de trabalho precarizadas e estressados face à sobrecarga de trabalho e dramaticidade do sofrimento e morte dos pacientes e angústia de seus familiares, o enorme contingente de profissionais e trabalhadores de saúde envolvidos no combate ao COVID-19, incluindo pessoal de serviços gerais,

maqueiros, pessoal de limpeza, transporte e alimentação etc, constituem, ao nosso ver, o “nó crítico” a ser desatado para se garantir um mínimo de eficiência e efetividade no enfrentamento da pandemia em nosso país.

O elevado número de atendimentos decorrente do impacto da pandemia no sistema de saúde levou a sobrecarga e imprevisibilidade dos atendimentos que não estavam estruturados para a alta demanda. Na presente pesquisa, em uma das falas dos entrevistados foi mencionado o desgaste físico, mental e emocional que a pandemia ocasionou no profissionais que estavam na linha de frente das unidades e como isso prejudica o atendimento.

[...] a pandemia veio de um jeito e deixaram as pessoas mesmo que não está lá no cuidado com o convívio direto, estão muito cansadas, estão fragilizadas, estão preocupadas, entendeu? A gente tem um desgaste físico, mental, emocional, tudo isso. [...] Isso prejudica, acaba prejudicando o atendimento. [...] (Ent. 3:6)

Assim sendo, torna-se extremamente necessário uma orientação para organização do fluxo do atendimento, pois a ausência do mesmo leva a inúmeros prejuízos na integralidade dos atendimentos e continuidade do cuidado.

No Brasil, segundo os registros da Organização Mundial de Saúde até o dia 3 de junho de 2020 foram notificados 6.287.771 casos confirmados e 379.941 óbitos pelo novo coronavírus. (OMS, 2020)

A sobrecarga nos níveis de atenção devido à baixa resolutividade dos atendimentos na atenção primária gerados pela paralisação inicial das unidades e da diminuição da oferta de atendimento, pode ter ocasionado a sobrecarga dos demais níveis de complexidade e especializações como mencionado na fala do entrevistado.

[...]eu acho que nesse momento a gente tendo uma, uma, uma rede de referência e contra a referência funcionando bem, seria mais produtivo para o usuário. Que ele não ia ficar perdido. [...] (Ent. 6:6)

Somente a atuação de uma RAS pode gerar valor para a população adstrita e o valor da atenção à saúde se expressa na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

Os níveis secundário e terciário, pela natureza de alta tecnologia e conseqüentemente alto custo, acabam por não absorver todos os encaminhamentos recebidos do nível primário, criando os congestionamentos do sistema, atrasando a resolutividade como descrito em uma das falas.

[...]o que já não era muito organizado ficou caótico né? Porque tudo foi desestruturado né? Às suspensão dos atendimentos e realocação de alguns programas porque precisava usar o espaço como centro de referência do COVID então a na correria é os profissionais não foram comunicados dessas mudanças então a gente ficou perdido igual os pacientes [...] (Ent. 4:6)
 [...]eu acho que nesse momento a gente tendo uma uma rede de referência e contra a referência funcionando bem, seria mais produtivo para o usuário. Que ele não ia ficar perdido. [...] (Ent. 6:6)

Estruturas robustas de atenção primária incluindo serviços acessíveis de primeiro contato, conexões entre os níveis do sistema de saúde e fluxos de referência e contrarreferência sustentam as adaptações dinâmicas necessárias para limitar a transmissão da COVID-19 e prestar serviços de forma segura, na medida em que a transmissão avança ou retrocede. (OPAS, 2020).

Uma APS fortalecida em uma rede efetivamente integrada seria essencial para a manutenção dos acompanhamentos realizados às gestantes no município, de modo que a pandemia não afetasse de forma tão significativa esse público, e não comprometesse o vínculo dessas gestantes com sua unidade de origem.

No município em questão, ainda não se pode falar de uma estrutura robusta de APS, uma vez que a maioria das unidades ainda funcionam em espaços alugados adaptados, ainda há uma cobertura populacional de Atenção Básica local é de 55,87% e a de ESF é de 43,01%, com base nos dados do sistema e - gestor AB relativos à Macaé (SPERANDIO et al., 2021). Constatou-se que a resposta à pandemia de COVID-19, acabou de certa forma prejudicando a continuidade do cuidado nas unidades de APS, pela priorização de garantia do atendimento nos pólos de testagem entre outras demandas.

3.6 SAÚDE DA MULHER

A não efetivação do acesso aos serviços de saúde dos diversos níveis de complexidade configura-se como uma problemática que provoca prejuízos, por vezes irreparáveis, às gestantes que realizam o pré-natal em Unidades de Saúde da Família (CORRÊA, 2014).

Ainda segundo CORRÊA (2014) gestações classificadas como de alto risco necessitam de atendimento especializado, este requer que seja assegurado à gestante o acesso a serviços que possuam tecnologias duras e leve-duras que respondam às suas necessidades

em saúde, considerando-se que que gestantes demandam maior complexidade possam ser encaminhadas para atendimento em níveis secundários e terciários de atenção à saúde.

Os profissionais da atenção básica avaliam o grau de risco da gestação durante as consultas e acompanhamento do pré-natal, identificando os sinais apresentados e em seguida tomam as devidas providências para referenciá-la quando se torna uma gestação de alto risco.

[...] Na saúde da mulher, por exemplo, a gente é referência em pré-natais de alto risco, onde a gente identifica o risco e referencia pro local, né? É já preconizado pelo município. [...] (Ent. 1:7)

O uso da referência e contrarreferência na saúde da mulher se faz presente na atenção em saúde principalmente quando se torna uma gestação de alto risco, pois a atenção primária só realiza atendimentos e acompanhamento de gestações de baixo risco, e quando se faz necessário um encaminhamento muitas vezes com um nível de urgência, é utilizado o referenciamento, buscando manter o vínculo com a paciente como na fala relatada:

[...] somos treinados, estudamos para fazer um pré-natal de baixo risco, né. Em relação a gestante, quando temos é... alguma gestante com alteração, seja hipertensão, diabetes, ou uma DPP, ou algo né que foge da gestação de baixo risco, nós referenciamos.[...](Ent. 2:7)

[...] devido ao vínculo que a gente constrói né, é... durante a gestação e depois, pra ela trazer também a criança no pré-natal e tudo. Então a gente constrói um vínculo com essa paciente, de forma que a gente quando tem que referenciar, né, para uma gestação de risco ou algo desse tipo, eles não perdem o convívio, o contato com a gente aqui da ponta [...] (Ent. 2:7)

[...] na primeira consulta que ela já é uma paciente que já tem um diagnóstico já na primeira consulta por exemplo de lúpus, a gente já chega no alto risco aí ele já entra em contato com o reumato a gente vai resolver, a rede vai de alguma forma entendeu? Mas eu sei que é na dificuldade [...] (Ent. 3:7)

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco é importante que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento, por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestante por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2010).

Quanto ao atendimento à gestante pelo nível de alta complexidade do cuidado, é evidenciado a necessidade de um retorno com informações mais completas e específicas que iriam complementar a contra referência, proporcionando aos envolvidos uma troca contínua de informações entre os dois níveis de atenção, ao decorrer das consultas do pré natal e

retornos no puerpério, evitando a perda do vínculo, da paciente na unidade de atenção primária e proporcionando um cuidado integral, como citado em uma das falas:

[...] devido ao vínculo que a gente constrói, durante a gestação e depois, pra ela trazer também a criança no pré-natal e tudo. Então a gente constrói um vínculo com essa paciente, de forma que a gente quando tem que referenciar, né, para uma gestação de risco ou algo desse tipo, eles não perdem o convívio, o contato com a gente aqui da ponta [...] (Ent. 2:7)

Percebe-se assim, que para ocorrer a continuidade desse vínculo, a importância do atendimento integral e interprofissional a gestante, além do uso do sistema de referência e contrarreferência. Não basta apenas contrarreferenciar, mas é necessária a existência de uma troca contínua entre os profissionais da especialidade e os da APS. É necessária uma organização clara da rede dos serviços de menor e maior complexidade, tendo um fluxo organizado das gestantes dentro do sistema, proporcionando um cuidado eficiente e seguro da gestante desde o pré natal ao puerpério, evitando assim a perda do vínculo do usuário com a atenção primária.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos dados obtidos, foi possível interpretar nas falas que para os profissionais de saúde ainda existe uma falha na comunicação entre os mesmos, nos diferentes níveis de atenção no SUS, o que evidencia um modelo fragmentado de saúde, uma vez que os próprios usuários encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde nos níveis primários e secundários. Ademais, a contrarreferência para Estratégias de Saúde da Família não é efetivada, já que a maioria dos profissionais afirmam não recebê-la. Essa fragmentação está em contraposição ao que é proposto pelo Sistema de Saúde em rede, que deveria vincular e acompanhar o fluxo dos usuários nos diferentes níveis.

A presença de uma equipe multidisciplinar, com conhecimento do fluxo da rede e o uso efetivo de comunicação, referenciamento e contra referência para o atendimento a saúde da mulher se tornam um padrão diferenciado que viabiliza a efetiva disponibilidade de oferta de serviços de acordo com a necessidade e fornece a garantia de atendimento e acompanhamento à saúde, o que nem sempre é evidente no atendimento no SUS.

Existem dificuldades com relação à aplicabilidade e execução da referência e à contrarreferência, e conseqüentemente existem problemas nas questões de integralidade da assistência e acesso, desse modo, a ausência da articulação dos setores e diferentes níveis da rede de atenção à saúde prejudicam a efetivação de um sistema que proporciona a continuidade do cuidado sendo esse unificado.

A gestão, tem um importante papel no cuidado e deve atuar com o princípio por ter a responsabilidade de proporcionar condições, treinamentos e avaliar a aplicação desse processo para promoção da saúde. No entanto, a integralidade e a continuidade na assistência à saúde da mulher gestante ou puérpera, vêm sendo prejudicadas pela comunicação ineficaz entre os distintos níveis de atenção, e isso reflete em um processo de continuidade do cuidado e perda de vínculo com a unidade de origem, tornando a resolução das demandas demasiadamente demoradas e com custos elevados para o SUS.

Enquanto limitação da presente pesquisa, aponta-se o potencial de generalização dos dados coletados e analisados, por se tratar de uma realidade particular do município de Macaé. Porém, revelar desafios de um contexto municipal específico, em um sistema de saúde descentralizado como o SUS, pode contribuir para reflexões sobre desafios semelhantes que outros municípios brasileiros podem vivenciar.

Acredita-se que os achados possam contribuir na discussão sobre a temática e nos processos de pactuação regional, incentivando assim a consolidação de sistemas que

desejamos ver na prática sendo aplicado de forma efetiva, sendo essa aplicada beneficiando os usuários principalmente em um momento tão necessário como o vivenciado atualmente na pandemia de COVID-19.

5. REFERÊNCIAS

1. ABC do SUS **Doutrinas e Princípios**. Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília/DF 1990.
2. ALVES MLF, et al. **Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais** – Brasil DOI: 10.5935/2238-3182.20150110, Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 469-475
3. AMARAL, IBST. **Diagnóstico da rede municipal de saúde Macaé**. Cadernos do desenvolvimento fluminense; **Edição especial n 20; Rio de Janeiro. 2021**. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/cdf/article/viewFile/60382/39373>. Acesso em: Jan.2022
4. BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. **Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado**. Brasília; 2014.
5. BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil (MS). **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)** Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em: nov.2020
6. BRASIL, **Ministério da Saúde gabinete do ministro, portaria nº 3.925**, de 13 de novembro de 1998, DO 220-E, de 17/11/98
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção às Gestantes no Contexto da Infecção COVID 19 causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**, Brasília, 08 abr. 2020b. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_mai/14-04_NOTA-TECNICA-N-72020_COSMU__08_04.pdf. Acesso em: nov. 2020.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96**. , nov. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso: fev.2022
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1459/2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
10. BRASIL, Ministério da saúde. Secretária Executiva. Coordenação de apoio à Gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do**

- SUS e de gestão.** Brasília. Ed: Ministério da Saúde, p. 72, 2006.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2015.
 12. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3)
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. **Normatiza o serviço de Pré-Hospitalar Móvel.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
 14. BRASIL. Ministério da saúde. **Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: PREV- SAÚDE.** Brasília, 1980.
 15. BUFFON et. al, **A Fenomenologia como Procedimento Metodológico em Pesquisa Qualitativa na Formação de Professores.** Disponível em: <http://abrapecnet.org.br/enpec/xi-enpec/anais/resumos/R0401-1.pdf> acesso em: fev.2022
 16. CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Portaria 698/GM de 30 de março de 2006. **Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 -financiamento.** Brasília; 2006. v.4
 17. COSTA, A. M. & AQUINO, E. A. 2002. **Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: E. Merchán-Hamman et. al. (org). Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. (pp. 181-202).** Brasília: Editora da Universidade.
 18. CORRÊA, ACP, Dóí HY, **Contrarreferência de Mulheres que vivenciaram gestação de risco a unidades de saúde da família em Cuiabá,** Rev.Cienc Cuid Saude 2014 Jan/Mar; 13(1):104-110,DOI:10.4025/cienccuidsaude.v13i1.19916
 19. FRATINI,Juciane Rosa Gaio;SAUPE,Rosita;MASSAROLI,Aline. **Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde .** Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>>. Acesso em:05 out. 2020
 20. HUSSERL, Edmund. **A idéia da fenomenologia.** Lisboa: Edições 70, 2001.
 21. LI, N. et al. **Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. Clinical Infectious Diseases,** [s. l.], 30 mar. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa352>>. acesso em: nov.2020
 22. MARTINS, J. **Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como póiesis.** São Paulo, Cortez, 1992.

23. MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A pesquisa qualitativa em psicologia : fundamentos e recursos básicos.** São Paulo, Moraes; EDUC, 1989.
24. MENICUCCI, T. M.G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 44. 2000.
26. MOREIRA, D. A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa.** São Paulo: Thompson Pioneira, 2002.
27. NOVAES, H. de M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde- SILOS. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina.** São Paulo: Pioneira,1990.
28. OMS, Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Folha Informativa – COVID 19.**Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: nov.2020
29. OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. **ORIENTAÇÃO TÉCNICA #5 Reforçando a resposta dos sistemas de saúde à COVID-19. Adaptando serviços de atenção primária para uma resposta mais efetiva à COVID-19.** 17 de junho de 2020. Brasília, D.F. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
30. PEREIRA, L. A. C. S., TELES, T. F. S., SANTOS N. F. **Redes de Atenção à Saúde: Desafios para implantar um novo olhar para a Atenção Básica na periferia Estadual – Um relato de experiência.** SANARE, ISSN:2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP - 2015.
31. PINTO AA, (org.) et al. **HISTORIANDO O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PET SAÚDE EM MACAÉ-RJ in: Narrativas, afetos e saberes coletivos: caminhos do PET-Saúde/Interprofissionalidade do Campus UFRJ – Macaé” 1ª. Ed. – Porto Alegre: Rede Unida, 2021.**
32. PORTER, M.E. **A hora da estratégia.** HSM Management. São Paulo, n.5, p. 6-10, nov./dez. 2007.
33. RIBEIRO JR, João. **Fenomenologia.** São Paulo : PANCAST, 1991
34. ROZADOS, H. B. F. **A ciência da informação em sua aproximação com as ciências cognitivas.** Em *Questão*, v. 9, n. 1, p. 79-94, 2003. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/89091>. Acesso em: jan.2022.

35. SANTOS RC, et. al. **Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade.** Rev. Aten. Saúde. 2021; 19(69): 51-65.
36. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- RJ, SISREG- **Protocolo para o Regulador; Protocolo clínico de critérios para regularização de vagas ambulatoriais.** Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016.
37. SPERANDIO, N, et al. **Historiando o processo de construção do Pet Saúde em Macaé-RJ.** In: Pinto, Andressa Ambrosino (org.) et al. Narrativas, afetos e saberes coletivos: caminhos do PET-Saúde Interprofissionalidade do Campus-UFRJ Macaé. 1ª. Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.
38. TEIXEIRA CFS, et al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19,** DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020, Ciência & Saúde Coletiva, 25(9):3465-3474, 2020
39. TEIXEIRA G.B., et al . **Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem.** Esc Anna Nery (impr.) 2013 out - dez ; 17 (4): 764 - 7711.
40. TOMBOLATO, Mário Augusto; SANTOS, Manoel Antônio dos. **Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI): fundamentos básicos e aplicações em pesquisa.** Rev. abordagem gestalt., Goiânia , v. 26, n. 3, p. 293-304, dez. 2020 . Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672020000300006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: jan, 2022.

APÊNDICE

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Diagnóstico das Redes de Atenção à Saúde em Macaé-RJ: em busca de um plano de desenvolvimento para integração do sistema de atenção à saúde”

Nome do Voluntário: _____

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Diagnóstico das Redes de Atenção à Saúde em Macaé-RJ: em busca de um plano de desenvolvimento para integração do sistema de atenção à saúde”, pelo fato de ser um profissional que compõem as redes de saúde em Macaé, Rio de Janeiro e ter experiência acumulada em trabalho ou na gestão local dos serviços de saúde. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral, a qual pretende realizar diagnóstico de integração das Redes de Atenção à Saúde no município para favorecer o planejamento de ações para melhoria da qualidade da assistência à saúde em Macaé. A existência de uma rede de saúde bem integrada irá atender as demandas da população, promover integralidade na atenção à saúde, ampliando assim o conceito de cuidado com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca-se especificamente na presente fase da pesquisa, compreender a aplicabilidade do processo de referência e contrarreferência na percepção da equipe multiprofissional de saúde durante o contexto da pandemia por COVID-19.

Sua participação é voluntária e se dará por meio da seguinte atividade:

-conceder entrevista com tempo estimado de 1h, que será gravada (apenas o áudio) para fins meramente acadêmicos, e posterior transcrição. A entrevista semi-estruturada será conduzida através do uso de plataforma virtual gratuita.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são considerados mínimos, podendo envolver eventual desconforto ou incômodo ao responder alguma questão. Os benefícios envolvem contribuição para melhor entendimento sobre a integração das Redes de Atenção à Saúde em Macaé, para que assim se promova assistência integral à saúde da população.

Informo que o Sr (a) não precisa responder a qualquer pergunta caso sinta desconforto. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a promoção da melhoria da integração das Redes de Atenção à saúde em Macaé.

Se depois de consentir em sua participação, o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e

publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os arquivos serão mantidos pela coordenadora da Pesquisa por pelo menos 2 anos. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço – Rua Aloísio da Silva Gomes, nº 50, Granja dos Cavaleiros, Campus UFRJ Macaé, Blobo B sala dos professores, pelo telefone (21) 99870-4233, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRJ - Macaé, na Rua Aloísio da Silva Gomes no. 50 - Granja dos Cavaleiros, Macaé - CEP: 27930-560 TEL.: (22) 2796-2552 email: cepufrjmacac@gmail.com .

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Impressão do dedo polegar

Caso não saiba assinar

_____/_____/_____
(Assinatura do(a) voluntário (a))

(Nome do voluntário (a) – letra de forma)

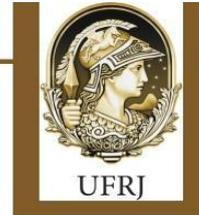
Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral
(Assinatura da pesquisadora responsável)

ISABELA BARBOZA DA SILVA TAVARES AMARAL
(Nome da pesquisadora responsável– letra de forma)

_____/_____/_____
(Assinatura do responsável por aplicar o TCLE)

(Nome do responsável por aplicar o TCLE)

APÊNDICE II- ENTREVISTA REALIZADA NA ÁREA PROGRAMÁTICA



Entrevista

realizado pela graduanda do curso de enfermagem da UFRJ - Macaé.

Avisar que entrevista está sendo gravada

Iniciar gravação

•Nome:

•Formação profissional :

•Tempo de formação :

•Tempo de atuação profissional :

1) O que você entende por referência e contrarreferência?

2) Como você vê o uso da referencia e contra referencia no seu contexto de trabalho?

3) Como você percebe o uso da referência e contra referência nesse processo de enfrentamento da pandemia de covid-19?

4) Na sua perspectiva o modelo tradicional da referência e contrarreferência é efetivo e porquê?

5) De que modo você compreende o impacto do uso da referência e contra referência na qualidade da atenção à saúde prestada ao usuário no contexto da pandemia de COVID-19?

6) De que forma o usuário ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde? O uso da referencia e contra referência é um critério utilizado? (Chega-se, ali,diretamente ou por alguma referência, muitas vezes da APS, mas não se conhece a história pregressa da pessoa usuária.)

7) Há um Sistema de informação que gereencie a referência e contra referência no Município. (existe uma comunicação contínua e sistemas de referência e informação apropriados?)

8) Na sua perspectiva, quais os maiores desafios para efetivação do uso da contra referência no seu processo de trabalho?

9) Que tipo de instrumentos operacionais você identifica como sendo eficazes para a garantia da efetivação contrarreferência ?

Suzanna Martins Costa
e-mail: suzi.suzannamcosta@gmail.com
(62)99227-6322

APÊNDICE III- TABELA DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

Tabela 1.

Categoria Temática	ENT1	ENT2	ENT3	ENT4	ENT5	ENT6
<p>1. Interpretação da Referência e Contrarreferência</p>	<p>[...] Há sobrecarga das unidades com excesso de demandas, então o uso da referência gera maior resolutividade de das mesmas, levando a otimização do tempo de atendimento [...] O retorno necessita de informações sobre o que foi realizado com o paciente, sendo muitas vezes oralizado pelo próprio.</p>	<p>[...] O referenciamento é realizado quando não é possível a resolutividade de do atual profissional, sendo pontual e documentada [...] É esperado um retorno do referenciamento, com a contra referência sendo a mesma inexistente e de difícil aplicabilidade e pelos profissionais</p>	<p>[...] A referência é o caminho da resolutividade para continuidade da linha de cuidado [...] A contra referência não é efetiva e nem frequente, a referência quando realizada não possui o retorno, tornando o cuidado incompleto pois não existe um documento oficial para esse fim, impedindo o profissional que referencia de ter o conhecimento da conduta do profissional especialista.</p>	<p>[...] A referência é um suporte da rede para os pacientes com demanda especial. [...] Um encaminhamento que mantém a continuidade do cuidado com a atenção básica, sendo pouco utilizada sem espaço suficiente na ficha para preenchimento.</p>	<p>[...] Referência é quando solicito a avaliação de outro profissional Contra Referência é a resposta de avaliação do profissional sobre o paciente que retorna a origem.</p>	<p>[...] A referência é o ato de ter o discernimento e percepção para encaminhar o paciente o qual não tenho condições de dar o devido atendimento. [...] A contra referência não é realizada na prática, e as informações sobre o paciente que retorna ficam incompletas</p>

<p>2. Ferramentas potencializadas do uso da referência e contrarreferência</p>	<p>[...] é uma boa ferramenta quando utilizada corretamente em sua total aplicabilidade</p>	<p>[...] O paciente retorna a unidade com as informações do referenciamento realizado por meio da comunicação entre os sistemas de saúde por meio da unificação dos profissionais</p>	<p>[...] A comunicação é efetiva mas é necessário a conscientização dos profissionais</p>	<p>[...] Contato direto com profissional da rede por meios particulares, seria facilitado com a informatização dos dados dos pacientes por meio do prontuário eletrônico</p>	<p>[...] O atendimento é efetivado quando realizado de forma multidisciplinar</p>	<p>[...] Atualização do sistema sendo informado ao paciente o motivo do referenciamento, devidamente registrado com riqueza de detalhes.</p>
<p>3. Desafios do uso da referência e contrarreferência</p>	<p>[...] A comunicação é deficiente, com dificuldade de registros e documentação com poucas contra referências.</p>	<p>[...] O retorno dos pacientes não é acompanhado de um documento, que se tornasse obrigatório evitaria a ausência de informação</p>	<p>[...] O sistema é fragilizado pois não possui retorno e são poucos profissionais para alta demanda impedindo a resolutividade.</p>	<p>[...] A centralização das linhas de cuidado no município dificulta o funcionamento correto da rede de saúde, o paciente pula etapas necessárias indo direto para especialidade e assim sobrecarregando o sistema.</p>	<p>[...] Os desafios são a burocracia, atraso e falta de vagas levando a sobrecarga.</p>	<p>[...] O paciente encontra dificuldades no sistema, fica perdido e confuso, sem orientações necessárias sobre qual é o fluxo do sistema</p>

<p>4. SISREG</p>	<p>[...] Existe no município uma comunicação contínua e um sistema existente de referenciamento apropriado <u>proporcionando o referenciamento</u></p>	<p>[...] O paciente precisa ir até o centro de especialidades com o <u>referenciamento para agendar</u> o atendimento.</p>	<p>[...] O <u>sistema realiza apenas a referência</u> e a referência deve ser feita pelo profissional</p>	<p>[...] existe o SISREG mas os profissionais não receberam treinamento, não possuem subsídios necessários para funcionamento do sistema e sua aplicabilidade, <u>sendo esse feito pelo 0800 que já realiza a regularização</u></p>	<p>[...] O encaminhamento é realizado pelo 0800 no <u>agendamento</u> das consultas</p>	<p>[...] 0800 realiza o agendamento das <u>referências realizadas</u></p>
<p>6. COVID-19</p>	<p>[...] O covid <u>dificultou</u>, pela perda do vínculo, deslocamento, medo de adquirir covid ao ir para o local de atendimento.</p>	<p>[...] O atendimento <u>continuou</u>, mas houve uma ponderação da necessidade do referenciamento para um especialista pois os mesmos já estariam sobrecarregados</p>	<p>[...] A pandemia <u>sobrecarregou o sistema</u> e os funcionários, pois muitas áreas não funcionaram, prejudicando o atendimento.</p>	<p>[...] Os serviços foram desestruturados para atender a demanda, levando a suspensão dos atendimentos, o que era desorganizado <u>se tornou caótico</u>.</p>	<p>[...] A pandemia levou a um <u>congelamento do sistema</u>, retomando aos poucos o mesmo padrão.</p>	<p>[...] <u>Não houve diferença na demanda</u> durante a pandemia, mas o aumento da necessidade de uma rede com um funcionamento eficaz.</p>

<p>7. Saúde da Mulher</p>	<p>[...] É preconizado pelo município o encaminhamento das mulheres gestantes de alto risco.</p>	<p>[...] Na atenção primária o atendimento é realizado somente para gestação de baixo risco, e quando identificado qualquer alteração que a classifique como alto risco, é necessário o encaminhamento da mesma para atenção secundária, <u>mantendo o vínculo com a atenção primária</u></p>	<p>[...] A demanda na <u>saúde da mulher de alto risco foi maior</u> levando a dificuldades, mas os casos com urgência tiveram resolutividade.</p>	<p>----- -</p>	<p>[...] O encaminhamento em obstetria <u>quando sinalizado com urgência não teve diferença na pandemia</u>, tendo sempre um retorno.</p>	<p>[...] A relação entre a atenção básica e a especialidade é <u>melhor o encaminhamento referente à saúde da mulher.</u></p>
----------------------------------	--	--	---	--------------------	--	--

Fonte: Elaboração Própria

ANEXOS

ANEXO I - PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Diagnóstico das Redes de Atenção à Saúde em Macaé-RJ: em busca de um plano de desenvolvimento para integração do sistema de atenção a saúde

Pesquisador: Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 17725219.4.0000.5699

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio de Janeiro Campus Macaé

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.451.009

Apresentação do Projeto:

A presente versão trata-se de resposta ao parecer n. 4.391.299, datado de 10/11/2020.

Objetivo da Pesquisa:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Item de pendência 1: Apresentar o(s) currículo(s) do(s) novo(s) pesquisador(es), acompanhado(s) da respectiva carta de compromisso, devidamente assinada, afirmando que cumprirá todos os requisitos éticos, de sigilo e de confidencialidade dos dados da pesquisa (Resolução CNS nº 466/2012 e Resolução CNS nº 510/2016).

Resposta: Os documentos solicitados foram devidamente anexados. Grata pela sinalização.

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacaé@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.451.009

Análise: Os documentos solicitados foram devidamente anexados. Pendência atendida.

Item de pendência 2: Anexar o projeto detalhado com as alterações destacadas, acompanhadas da justificativa e do referencial teórico, quando pertinente.

Resposta: Documento solicitado foi devidamente anexado e as inclusões destacadas também na carta de justificativa. Grata pela sinalização.

Análise: Os documentos solicitados foram anexados e as alterações devidamente sinalizadas. Pendência atendida.

Item de pendência 3: Solicita-se adequação do novo cronograma considerando data de início da coleta de dados referente a alteração proposta posterior a data de aprovação pelo CEP.

Resposta: Documento solicitado foi devidamente reelaborado e anexado. Grata pela sinalização.

Análise: O cronograma foi devidamente ajustado. Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) pesquisador(a), ao término da pesquisa é necessário apresentar o Relatório Final (modelo disponível no site <http://www.macaee.ufrj.br> > comissões permanentes > CEP – Ética em Pesquisa). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para o encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_162594_5_E1.pdf	18/11/2020 13:02:36		Aceito
Outros	carta_justificativa_emenda.pdf	18/11/2020 13:00:48	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Brochura Pesquisa	PP_com_emenda.docx	18/11/2020 13:00:25	Isabela Barboza da Silva Tavares	Aceito

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.451.009

Brochura Pesquisa	PP_com_emenda.docx	18/11/2020 13:00:25	Amaral	Aceito
Outros	lattes_Fernanda.pdf	18/11/2020 12:46:05	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Victoria.pdf	18/11/2020 12:45:44	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Suzanna.pdf	18/11/2020 12:44:54	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Nathalia.pdf	18/11/2020 12:44:30	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Luiza.pdf	18/11/2020 12:44:01	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Juliana.pdf	18/11/2020 12:43:38	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Diego.pdf	18/11/2020 12:43:19	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Camila.pdf	18/11/2020 12:42:56	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Bianca.pdf	18/11/2020 12:42:35	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	lattes_Beatriz.pdf	18/11/2020 12:42:07	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	Formulario_de_resposta.docx	18/11/2020 12:37:45	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadores.pdf	18/11/2020 12:34:40	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Cronograma	cronograma_da_emenda.docx	18/11/2020 12:33:06	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.docx	21/09/2020 20:08:47	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_emenda.docx	18/09/2020 12:53:44	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAÉ
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufjmacae@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.451.009

Outros	termo_parceria_SEMUSA.pdf	15/07/2019 18:25:46	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Para_Plataforma_Brasil.docx	15/07/2019 18:20:09	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/07/2019 18:19:35	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termocompromissopesq.docx	15/07/2019 18:15:49	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/07/2019 18:11:39	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	15/07/2019 18:09:15	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	15/07/2019 18:08:53	Isabela Barboza da Silva Tavares Amaral	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAE, 09 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Thiago da Silveira Alvares
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Aluizio da Silva Gomes, 50 - Prédio FUNEMAC 2o. andar - Sala do CEP UFRJ-Macaé
Bairro: Novo Cavaleiros **CEP:** 27.930-560
UF: RJ **Município:** MACAE
Telefone: (22)2141-4006 **E-mail:** cepufrjmaca@gmail.com