



Revascularização miocárdica: fatores interventores na referência e contrarreferência na Atenção Primária à Saúde*

Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care

Revascularización miocárdica: factores interventores en la referencia y contrarreferencia en la Atención Primaria de Salud

Kamylla Santos da Cunha¹, Giovana Dorneles Callegaro Higashi¹, Alacoque Lorenzini Erdmann¹, Carolina Kahl¹, Cintia Koerich¹, Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

Como citar este artigo:

Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(6):963-970. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700013>

* Extraído do projeto de pesquisa "Paciente Cardíaco Revascularizado: processo de referência e contrarreferência dos Serviços de Saúde de Santa Catarina", Universidade Federal de Santa Catarina, 2013-2014.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Understanding the factors that influence the reference and counter-reference process of people indicated/submitted to Myocardial Revascularization surgery in the Primary Health Care scenario. **Method:** A qualitative research anchored in the Grounded Theory, totaling 41 participants subdivided into three groups (patients, health professionals and managers) in the Metropolitan and West Region of Santa Catarina. **Results:** Two categories elucidate the intervening factors found, contrasting the potentialities and obstacles in (creating) the bond between people affected by cardiovascular diseases and primary health care for the reference process, highlighting weaknesses in the primary health care services provided, with failures in the counter-reference for people submitted to myocardial revascularization surgery. **Conclusion:** Strengthening the potentialities presented in this study is essential for the reference process of people affected by Cardiovascular Disease, as well as strategic actions focused on solving the evidenced obstacles which contribute to deficiencies in the referral and counter-referral process, thus impeding integral care in the health care network.

DESCRIPTORS

Myocardial Revascularization; Integrality in Health; Referral and Consultation; Primary Care Nursing; Primary Health Care.

Autor correspondente:

Kamylla Santos da Cunha
Centro de Ciências da Saúde –
Campus Universitário – Trindade
CEP 88040-900 – Florianópolis, SC, Brasil
kamyllascunha@gmail.com

Recebido: 11/05/2016
Aprovado: 22/11/2016

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte no mundo, estima-se que haverá um aumento significativo de 16,7 milhões de mortes registradas em 2002 para 23,3 milhões no ano de 2030⁽¹⁾. No Brasil, as DCV encontram-se no topo das causas de mortalidade, no ano de 2013 foram registrados 339.672 óbitos por doenças do aparelho circulatório, das quais 85.939 referem-se ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)⁽²⁾.

A Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) tem sido estabelecida como um dos tratamentos indicados para o IAM, mostrando resultados ao aliviar a angina, melhorar a tolerância ao exercício e aumentar a expectativa e qualidade de vida⁽³⁾. Haja vista a complexidade do processo de pré e pós-operatório de CRM, é necessária uma atenção criteriosa dos profissionais de saúde. Do enfermeiro, por sua especificidade de estar envolvido com o cuidado em todas as etapas do processo de saúde-doença e inserido nos diversos cenários da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com uma visão holística do paciente, considerando suas particularidades, necessidades e demandas, na busca por melhores resultados da experiência cirúrgica⁽⁴⁾.

Pode-se afirmar que uma das causas do aumento da incidência do IAM em países em desenvolvimento está relacionada com a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, em especial para medidas de prevenção das DCV⁽⁵⁾. Assim, ações de promoção e proteção da saúde da pessoa acometida por DCV na Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para impedir eventos agudos. Podemos citar o controle da hipertensão arterial sistêmica, da dislipidemia e do tabagismo, a aderência a práticas de vida consideradas saudáveis, como alimentação adequada e exercícios físicos regulares e adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁵⁾.

Neste sentido, a APS, por meio das tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas voltadas à promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde⁽⁶⁾. É definida como estruturante do sistema de saúde, ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado, além de propiciar o manejo do caso desde o acesso, longitudinalidade/continuidade do cuidado dispensado⁽⁷⁾.

Estudo recente realizado no sudeste do Brasil, com o objetivo de avaliar o serviço realizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das representações sociais dos entrevistados sobre as dimensões exclusivas da APS, aponta dificuldades para o desenvolvimento pleno das características da integralidade e coordenação da atenção, destacando a ausência de uma rede integrada e regionalizada de referência e contrarreferência⁽⁸⁾. O processo de referência e contrarreferência visa possibilitar a troca de informações e comunicação entre os serviços prestados nos diferentes pontos de atenção à saúde da rede, prevenindo duplos esforços, com fins à melhoria da qualidade da assistência e efetivação da integralidade em saúde⁽⁹⁾.

Visando respeitar os princípios e diretrizes propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e dada a importância de uma rede estruturada para prestar assistência às pessoas

acometidas por doenças cardiovasculares, torna-se relevante para o enfermeiro, demais profissionais de saúde e gestores atentarem no percurso da pessoa acometida por DCV, com indicação/submetida à CRM na rede de serviços do SUS para que seja possível traçar estratégias para o acompanhamento de saúde dessas pessoas, considerando-se a grande incidência de morbimortalidade por doenças do sistema circulatório e o consequente custo elevado para o sistema de saúde. Assim, questiona-se: *Quais fatores influenciam o processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/submetida à CRM no cenário da APS?*

O objetivo do estudo foi compreender os fatores que influenciam o processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/submetida à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio no cenário da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com aporte metodológico na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual busca a compreensão dos fenômenos sociais a partir dos significados das relações e interações entre os sujeitos. O processo de coleta e análise dos dados na TFD ocorre de maneira concomitante, possibilitando ao pesquisador maior aprofundamento do problema de pesquisa identificando, desenvolvendo e relacionando conceitos⁽¹⁰⁾. A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2014, em dois grandes municípios do estado de Santa Catarina, um na região metropolitana e outro no oeste do estado, por meio de entrevistas abertas e individuais, registradas por meio de gravação em áudio digital. Compuseram a amostra deste estudo 41 participantes, sendo 25 do município localizado na região metropolitana e 16 da região oeste, que foram distribuídos em três grupos amostrais⁽¹⁰⁾.

O primeiro grupo amostral foi composto por pacientes identificados em dados hospitalares de internação e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: adultos de ambos os sexos, submetidos à CRM há pelo menos seis meses, que já se encontravam em domicílio. Neste grupo foram entrevistados 14 pacientes de ambos os municípios, sendo utilizada como pergunta inicial: Fale-me sobre seu acompanhamento de saúde na APS, antes e após a CRM. A fala dos pacientes enfatizou a atuação dos profissionais de saúde durante seu percurso na RAS. A partir da análise dos dados do primeiro grupo amostral, o segundo grupo foi formado.

Para compor o segundo grupo amostral atenderam aos critérios de inclusão os profissionais de saúde vinculados à rede de serviços da APS atuantes na unidade de saúde ou centro de referência de especialidades há pelo menos seis meses. Este grupo foi formado por 21 profissionais de ambos os municípios, dentre eles oito enfermeiros, seis médicos e sete agentes comunitários de saúde. A pergunta inicial para este grupo foi: Como você vivencia o processo de referência e contrarreferência da pessoa submetida à CRM no cenário da APS?

A partir da ênfase dada pelos profissionais de saúde ao sistema de regulação, optou-se por aprofundar algumas informações a fim de atingir maior consistência teórica. Para

tanto, constituíram o terceiro grupo amostral seis profissionais vinculados ao sistema de regulação (SISREG) da municipal da região metropolitana, sendo dois médicos e um profissional administrativo, e um médico e duas enfermeiras da Central de Referência em Saúde Municipal (CRESM) na região oeste do estado, que foram entrevistados com a seguinte questão norteadora: Como a regulação municipal contribui para o processo de referência e contrarreferência da pessoa submetida à CRM?

Os critérios de exclusão adotados para este estudo foram: pacientes menores de 18 anos ou sem condições clínicas de responder à entrevista e profissionais afastados do trabalho, por quaisquer motivos, durante o período de coleta de dados.

Houve o envolvimento simultâneo na coleta e análise dos dados. A partir da repetição de informações sobre o fenômeno, ausência de novos elementos relevantes para a análise e consolidação das categorias e subcategorias em suas propriedades e dimensões, obteve-se a saturação teórica. O processo de análise seguiu as três codificações apresentadas pelo método, codificação aberta, axial e seletiva. Os códigos foram agrupados, e seus agrupamentos deram origem às categorias e subcategorias, definidas e desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões⁽¹⁰⁾. O *software* NVIVO® foi utilizado para ordenação e organização dos dados no processo de codificação. O processo analítico foi construído segundo o Modelo Paradigmático, constituído por cinco componentes (contexto, causa, condição interveniente, estratégias e consequências) que explicam o fenômeno⁽¹⁰⁾.

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado *Paciente Cardíaco Revascularizado: Processo de Referência e Contrarreferência dos Serviços de Saúde de Santa Catarina*, que apresenta o fenômeno *Emergindo a alta complexidade como referência para pessoa submetida à cirurgia de revascularização miocárdica diante da fragilidade da Atenção Básica no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no SUS*. E, dada a importância e relevância do componente analítico Condição Interveniente para a compreensão do fenômeno, optou-se por ampliar e aprofundar esta discussão.

O desenvolvimento deste estudo atendeu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), sob o protocolo número 120.184. A fim de garantir sigilo e anonimato dos participantes, utilizou-se da letra E seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas para designá-los (E1, E2, E3...) e da indicação do grupo amostral – primeiro grupo (G1), segundo grupo (G2), terceiro grupo (G3) – da seguinte forma: (E1G1); (E1G2); (E1G3).

RESULTADOS

Do processo analítico dos dados do componente Interveniência emergiram duas categorias, intituladas: Potencialidades e entraves no vínculo da pessoa com doença cardiovascular com a atenção primária à saúde no processo de referência e Fragilidades nos serviços na atenção primária à saúde com insucessos no processo de contrarreferência do paciente revascularizado. Tais categorias elucidam os fatores

intervenientes no processo de referência e contrarreferência encontrados pelos indivíduos com indicação/submetidos à CRM no SUS ao transitarem pelo Sistema de Saúde no estado de Santa Catarina.

A primeira categoria revela, dentre as potencialidades, a utilização da APS para retirada de medicamentos, acesso a consultas e exames como facilitadores para o fortalecimento do vínculo entre a pessoa acometida por DCV e a APS, sendo este um fator favorável ao processo de referência dessas pessoas na RAS em ambos os municípios.

No caso, eu e a minha mulher somos fãs do posto de saúde, às vezes eu falo para ela: "Ah, eu tenho que consultar o médico". Ela vai lá (no posto de saúde), ela é realmente assídua. Inclusive os meus medicamentos contínuos, eu pego tudo no posto de saúde, ela vai lá com a minha carteirinha e pega o dela e os meus (medicamentos) (E4G1).

Em relação ao acesso a consultas, na região metropolitana do estado, parte da agenda dos profissionais de saúde é destinada às consultas de demanda espontânea, nas quais o paciente chega à unidade e aguarda ser atendido, e a outra parte da agenda é destinada à demanda programada, ou seja, consultas previamente agendadas. Essa divisão é relatada como facilitadora para o acesso desses pacientes, pois quando não conseguem marcar uma consulta, acabam sendo atendidos por meio do acolhimento à demanda espontânea.

Geralmente ele chega (na unidade básica) com uma demanda por algum outro motivo, por exemplo, veio por um aumento de pressão (arterial), fez a cirurgia e agora está fazendo o controle. Ele passa pela demanda espontânea e depois fica sendo avaliado pela equipe (E15G2).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na região metropolitana do estado, é utilizada como referência para a APS e pacientes diante de casos agudos e da impossibilidade de resolutividade na atenção primária. Alguns pacientes relatam procurar primeiramente a Unidade Básica de Saúde (UBS) diante de um evento agudo, o que caracteriza o estabelecimento de confiança entre a equipe de saúde e esses usuários.

Acontece de eles (pacientes) virem aqui (APS) mesmo sabendo que poderiam ir direto para o hospital, então a gente faz todo o exame clínico do paciente e se for realmente um caso de emergência aguda (...) encaminha-se para UPA ou para o hospital (E16G2).

A importância da gestão das práticas de cuidado à pessoa acometida por DCV no âmbito da APS pelo enfermeiro é evidenciada por meio de reuniões que possuem o intuito de deliberar ações de saúde e melhorar o acesso aos usuários à APS.

A gente tem todas as semanas reuniões de equipe, onde a gente discute os casos mais difíceis. O enfermeiro atende junto para trabalhar também a questão de aderência ao tratamento (E21G2).

Dentre os entraves para o acesso da pessoa acometida por DCV na APS e que consequentemente interferem no processo de referência, está o déficit nas orientações e acolhimento do usuário neste nível de atenção. Esse fato é apontado como consequência da falta de profissionais na APS

e necessidade de aprimoramento dos profissionais atuantes sobre a problemática das doenças cardiovasculares e suas repercussões na vida do usuário. Nesse contexto, o quadro insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) acaba interferindo no vínculo do usuário com a equipe de saúde, uma vez que a articulação entre APS e área de abrangência fica prejudicada.

O agente comunitário é quem faz a ponte entre paciente e equipe, geralmente ele traz casos que não chegam até a gente, detectam outras questões (...) acho que é fundamental (E21G2).

No município da região oeste, um fator que prejudica o acesso à APS é a fila de espera para consultas médicas de rotina, considerando-se que a agenda dos profissionais de saúde da APS restringe-se às consultas programadas, as quais são agendadas para outro momento, com vagas limitadas e demora em referenciar o paciente para especialistas na média complexidade para definição do seu diagnóstico quando necessário.

Ele chega aqui para nós, mas não é atendido na hora. Ele precisa fazer o agendamento da consulta. Porque aqui nós só conseguimos atender com data e horário programado, e isso, às vezes, acaba prorrogando o atendimento (E33G2).

O excessivo tempo de espera para realizar a cirurgia cardíaca recebeu críticas de ambas as regiões do estado. Os pacientes chegam a permanecer na fila de espera por longos períodos, podendo esperar por até um ano. Enquanto aguardam pela realização da cirurgia cardíaca, os pacientes relatam que permaneceram em domicílio, seguindo as orientações de saúde e mantendo vínculo com a APS por meio de consultas, renovação de receita e aquisição de medicamentos. Porém, outros seguem o acompanhamento com especialista na média complexidade ou são internados aguardando a CRM diante das repercussões da doença, considerando-se que em nível intra-hospitalar a CRM é regulada pela própria instituição de alta complexidade. Este fator pode ter por consequência o agravamento da doença ou a repercussão de novos eventos cardíacos.

Eles ficam esperando ser chamados para fazer a cirurgia e acabam pegando aqui os medicamentos controlados e contínuos, e precisando de algum exame eles solicitam para nós (E16G2).

Eu fiquei esperando quase três anos para fazer a cirurgia de revascularização do miocárdio e, enquanto eu esperava, acabei tendo outro infarto (entre o primeiro infarto e a cirurgia) (E10G1).

Assim, a demora pela cirurgia cardíaca, em ambas as regiões do estado, é o principal fator que submete o paciente com DCV a procurar atendimento privado com o intuito de agilizar o processo de definição diagnóstica e atendimento de saúde, muitas vezes interrompendo o acompanhamento com a equipe da APS.

Outro fator citado pelos participantes como entrave para o processo de referência diz respeito à gestão de informações no SISREG. Sendo este um sistema nacional informatizado para gestão das consultas com especialistas e exames e utilizado no estado de Santa Catarina, os participantes referiram dificuldade no preenchimento dos dados ao introduzir o

paciente na lista de espera para consultas com especialistas e exames diagnósticos, o que acaba dificultando o atendimento prioritário de pacientes com maior gravidade. Ressalta-se que o preenchimento correto do SISREG é essencial para que o paciente seja atendido por critério de prioridade estabelecido pelos reguladores.

O médico quem solicita (o encaminhamento) e vai uma observação, quando é manuscrito fica muito mais difícil para quem está na marcação decifrar (a letra), por isso que seria prioridade ser sempre digitalizado (a solicitação de encaminhamento). Eles (marcação) escrevem, e quanto mais dados eles inserirem melhor é para o regulador avaliar, porque ele (regulador) não está com o paciente, ele vai fazer a avaliação dele de acordo com aquilo que foi avaliado pelo médico e que está no sistema (E36G3).

Em suma, algumas ações gerenciais utilizadas pelo enfermeiro e equipe de saúde no âmbito da APS são responsáveis por favorecer o acesso à APS, a criação de vínculo entre equipe de saúde e usuário e facilitar o processo de identificação precoce da DCV e referência na RAS. Em contrapartida, foram citados como entraves questões de gestão municipal que acabam por impedir que o processo de referência se concretize.

A segunda categoria, intitulada Fragilidades nos serviços na Atenção Primária à Saúde com insucessos no processo de contrarreferência do paciente revascularizado, aponta similaridades em relação ao processo de contrarreferência do paciente submetido à CRM, tanto no município da região metropolitana como da região oeste.

A principal fragilidade para o processo de contrarreferência do paciente submetido à CRM encontra-se na realização do acompanhamento deste paciente pela APS devido a falhas na comunicação entre a APS e a os serviços de alta complexidade após a realização da cirurgia. Este fato está relacionado com a frágil compreensão dos profissionais de saúde a respeito do processo de referência e contrarreferência na RAS do SUS, repercutindo de forma negativa na garantia da integralidade do cuidado à saúde deste paciente.

A pouca comunicação entre os serviços hospitalares de referência e a atenção básica, é o que a gente mais vê. A gente não sabe como o serviço hospitalar funciona, e acho que esse serviço também não sabe como a atenção básica funciona. Acho que falta informação, talvez falte um fluxo de funcionamento desses serviços (referência e contrarreferência), um padrão de funcionamento. (E18G2).

Na região metropolitana, muitos pacientes são orientados a continuar o acompanhamento de saúde no ambulatório da instituição hospitalar onde realizou a cirurgia. Ressalta-se a importância da instituição hospitalar para dar continuidade ao acompanhamento do paciente após a cirurgia, considerando-se aspectos como reabilitação cardíaca e a necessidade de mudanças no estilo de vida, diante da falta de estrutura e preparo dos profissionais da APS para acompanhar este paciente.

O único acompanhamento que eu tenho mesmo é do hospital de 15 em 15 dias (E5G1).

Nos primeiros 30 dias busquei o hospital para acompanhamento, conforme orientação (do profissional de saúde) (E4G1).

Dentre os meios disponíveis para a comunicação entre os profissionais na RAS, encontra-se o prontuário eletrônico, presente nos dois municípios, que contém informações sobre o paciente, as quais podem ser compartilhadas entre a atenção primária e média complexidade. Entretanto, a alta complexidade utiliza um sistema informatizado desintegrado do sistema utilizado na APS, interrompendo o fluxo de informações e fragilizando o processo de contrarreferência. A alta complexidade é gerida pelo governo estadual e a atenção primária e média complexidade, pelos municípios. Assim, os participantes afirmam que a não utilização de um sumário de alta ou carta de alta inviabiliza o processo de contrarreferência, repercutindo diretamente na assistência ao paciente.

Como nós temos o prontuário eletrônico (nível primário), temos acesso aos registros do cardiologista (no nível secundário). O paciente fez um procedimento no cardiologista e eu quero saber o que é, eu acesso o prontuário e vejo o histórico dele. Não tem registro de quando ele fez a cirurgia, só se ele retorna para o cardiologista e este registra no retorno (E29G2).

O número reduzido de ACS nas equipes de ESF é evidenciado também no processo de contrarreferência, repercutindo de forma negativa no acompanhamento após a cirurgia destes pacientes, uma vez que a necessidade de visitas domiciliares comumente está atrelada a estes. Desta forma, na maioria das vezes, a UBS não toma conhecimento do paciente que realizou a cirurgia, visto que o elo entre a APS com a comunidade fica comprometido. A falta de integração entre o serviço e a comunidade prejudica um cuidado de qualidade e integral ao paciente no pré e pós-operatório de CRM o que pode resultar em novos eventos cardíacos e possíveis novas CRM. Assim, pode-se concluir que a contrarreferência do paciente após a CRM aparece de forma fragilizada, com a ausência de um caminho formal a ser seguido após a alta hospitalar, considerando-se, muitas vezes, a não referência destes pacientes que procuram a alta complexidade como porta de entrada no sistema.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam o excesso no tempo de espera para a consulta programada na APS e o encaminhamento para consulta especializada, na região metropolitana e oeste do estado, como dificultadores para o acesso, construção de vínculo e consequentemente para o processo de referência do paciente para serviços especializados na RAS. Estudo realizado no nordeste do Brasil com o objetivo de avaliar a percepção dos usuários referente à qualidade do atendimento nas UBS aponta a insatisfação dos usuários com o tempo de espera para consultas e o agendamento de consultas especializadas, ressaltando dificuldades relacionadas com a organização do serviço em tempo oportuno e resolutivo⁽¹¹⁾.

Corroborando o exposto, estudo que objetivou investigar as dimensões mais valorizadas pelos usuários na APS destaca dificuldades na marcação de consulta programada, obtenção de exames e tempo de espera prolongado no encaminhamento para consultas especializadas⁽¹²⁾. Concomitantemente à espera pelos serviços na APS,

evidencia-se uma movimentação por parte da população na busca por alternativas de acesso à saúde, sendo uma opção a utilização de serviços complementares, como os planos privados de saúde⁽¹³⁾.

A demanda espontânea é citada como facilitadora no acesso à APS e na referência do paciente para os serviços de saúde. O acolhimento à demanda espontânea direciona mudanças organizacionais e funcionais dos que procuram o serviço de saúde, sendo uma das primeiras ações que os profissionais da equipe realizam por meio de uma escuta ativa com respostas às necessidades apresentadas, proporcionando a resolubilidade do problema ou orientando em busca de soluções, dentro da APS ou em outros serviços do SUS⁽¹⁴⁾. Estudo sobre padrões de tempo das intervenções/atividades de enfermagem em Unidades de ESF mostrou que a consulta de enfermagem, a visita domiciliar e o atendimento a demanda espontânea foram as intervenções mais frequentes realizadas por enfermeiros neste cenário, sendo consideradas práticas que podem potencializar o acesso ao usuário no serviço, humanizar o atendimento e funcionar como reorganizadoras do processo de trabalho⁽¹⁵⁾.

No âmbito da APS, o enfermeiro possui importante atribuição gerencial ao articular a equipe e fomentar ações estratégicas para melhoria do acesso e acompanhamento do paciente com indicação/submetido à CRM. Exerce atividades técnicas específicas de sua competência, administrativas e educativas, e por meio do vínculo com os usuários concentra esforços para planejar ações de cuidado com os outros profissionais da APS de maneira singular e multifacetada para a efetividade do cuidado⁽¹⁶⁾.

No que tange ao tempo de espera do paciente pela CRM, essa problemática vem sendo debatida nacional e internacionalmente. Nos Estados Unidos da América, a intervenção da maioria dos pacientes para CRM ocorre em aproximadamente 72 horas, enquanto no Reino Unido os pacientes esperam aproximadamente três meses⁽¹⁷⁾. Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), o tempo de espera para CRM deve incluir desde o aguardo da primeira consulta, exames diagnósticos até a espera pela cirurgia, uma vez que quanto maior o tempo de espera maior a mortalidade neste período⁽¹⁸⁾.

O vínculo entre APS e usuário é favorecido por meio das consultas de acompanhamento na UBS de referência, renovação de receita e aquisição de medicamentos. O acesso às boas condições de vida e às tecnologias de saúde que possibilitam melhorar e prolongar a vida é entendido pelos pacientes como forma de manter vínculo com a APS. Entendem que o vínculo é estabelecido quando conseguem realizar as consultas, os exames complementares e têm acesso a medicamentos de forma gratuita⁽¹⁹⁾. O vínculo entre enfermeiro e usuário está relacionado com a comunicação interpessoal e interação entre ambos em um processo que resulta na satisfação do usuário, sendo este um dos principais indicadores de qualidade na área da saúde⁽²⁰⁾.

Outra evidência de vínculo entre usuário e profissional de saúde está relacionada com o encaminhamento do paciente diante de um quadro agudo da APS para a UPA, considerando-se que este busca a APS como porta de entrada.

As UPAs podem ser consideradas portas de entrada para os serviços de urgência e emergência e estão disponíveis para o referenciamento de pacientes atendidos nas UBS⁽²¹⁾.

Na contrarreferência, os resultados convergem com os achados de outros estudos, apontando a inexistência ou fragilidade do retorno do paciente à APS⁽²²⁻²³⁾. Tais achados repercutem negativamente na funcionalidade da rede, pois representam um processo descontínuo de atenção à saúde e fragmentam o fluxo assistencial⁽⁹⁾. As RAS visam à atenção contínua e integral da população, estabelecendo relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção da rede, em que cada serviço tem delimitadas suas características e funções conforme as distintas densidades tecnológicas^(6,24).

A diversidade de complexidade da RAS e a variedade de especialistas podem ser dificultadoras da contrarreferência, visto que estes profissionais acabam por não visualizar a importância da APS e dos profissionais que lá atuam⁽²²⁾. Após a alta hospitalar e com o quadro estável, o paciente pode ter a continuidade de seus cuidados na APS, haja vista que a RAS preconiza que o acompanhamento do paciente, uma vez referenciado a outro setor de maior complexidade, seja concomitante com os demais setores⁽²³⁾.

Estudo com pacientes submetido à CRM no sul do Brasil apresentou como principal problema a dificuldade de acesso à APS para marcar consultas médicas e obter medicamentos para a continuidade do tratamento de saúde após a alta hospitalar. Ainda, observou-se que os pacientes continuavam a ser atendidos no ambulatório da instituição hospitalar pela desestruturação da APS⁽²⁵⁾. Assim, é necessário um aprimoramento dos profissionais da APS, considerando-se que a baixa resolutividade deste setor é um fator que impulsiona o número de encaminhamentos, sobrecarregando a demanda nos demais pontos da rede⁽²⁴⁾, prejudicando a contrarreferência. Outro fator que interfere na atuação da APS frente a esta demanda é a falta de profissionais que compõem as equipes de ESF, enfatizando a falta de ACS⁽²⁶⁾.

Uma ferramenta auxiliar no processo de referência e contrarreferência consiste no prontuário eletrônico, presente em ambos os municípios do estudo. O amparo do registro de informações sobre o paciente vem a aperfeiçoar a APS, a comunicação entre os profissionais e o compartilhamento das informações entre os setores⁽²⁷⁾. Mesmo com o avanço tecnológico e um sistema informatizado que articule a APS e a média complexidade, ainda há que se expandir para um sistema que integre os pontos da RAS. Estudo realizado em Montes Claros (MG) apresentou como resultado a

inexistência de um sistema de prontuário eletrônico único para acesso em todos os pontos da rede, afetando a continuidade do cuidado em saúde⁽²⁸⁾.

Ainda no tocante aos sistemas de informação, o SISREG é um importante instrumento de gestão de fluxos no SUS, sendo um meio para agendamento digital de consultas com especialistas e exames, que depende do seu preenchimento correto para solicitação da referência. Assim, reforça-se a importância de constante capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais que atuam com o SISREG, visando garantir a equidade aos usuários⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

O estudo revelou os fatores interventores no processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/submetida à CRM em Santa Catarina. Na referência são evidenciadas como potencialidades ações gerenciais que favorecem o vínculo entre usuário e a APS e o acesso por meio da demanda espontânea na região metropolitana do estado. Dentre as fragilidades, destaca-se o excessivo tempo de espera para realização das consultas programadas na APS, consultas com especialistas e CRM, a falta ou necessidade de aprimoramento de profissionais e a utilização adequada de tecnologias e sistemas. Na contrarreferência, as fragilidades foram a falta de comunicação entre a APS e a alta complexidade, ressaltando-se a inexistência de sistemas de registros eletrônico integrados, o conhecimento incipiente dos profissionais a respeito do fluxo de atendimento na RAS e o número insuficiente de ACS na composição das equipes de ESF.

Salienta-se que os entraves apontados neste estudo contribuem para a deficiência do processo de referência e contrarreferência, dificultando o acesso aos serviços primários e especializados de saúde, o vínculo do usuário com a APS, antes e após a realização da CRM e o aprimoramento de tecnologias que facilitem a informação/comunicação e a continuidade do cuidado integral em todos os pontos da RAS para fortalecimento do SUS.

Este estudo limita-se por compreender o processo de referência e contrarreferência na perspectiva apenas da APS. Assim, dada a complexidade desse processo envolvendo os cenários de cuidado à pessoa acometida por DCV com necessidade de intervenção cirúrgica no SUS, enfatiza-se a necessidade de realização de estudos que ampliem a compreensão e forneçam subsídios para o fortalecimento do processo de referência e contrarreferência à pessoa acometida por DCV na RAS.

RESUMO

Objetivo: Compreender os fatores que influenciam o processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/submetida à Cirurgia de Revascularização Miocárdica no cenário da Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa qualitativa ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados, totalizando 41 participantes subdivididos em três grupos (pacientes, profissionais de saúde e gestores) na Região Metropolitana e Região Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** Duas categorias elucidam os fatores interventores encontrados, Contrastando as potencialidades e entraves no vínculo da pessoa acometida por doenças cardiovasculares com a atenção primária à saúde para o processo de referência e Destacando fragilidades nos serviços disponibilizados na atenção primária à saúde, com insucessos da contrarreferência da pessoa submetida à cirurgia de revascularização miocárdica. **Conclusão:** Torna-se essencial o fortalecimento das potencialidades apresentadas neste estudo para o processo de referência da pessoa acometida por Doença Cardiovascular, assim como ações estratégicas com foco na resolução dos entraves apontados e que contribuem para a deficiência do processo de referência e contrarreferência, dificultando a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

DESCRITORES

Revascularização Miocárdica; Integralidade em Saúde; Referência e Consulta; Enfermagem de Atenção Primária; Atenção Primária à Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los factores que influyen el proceso de referencia y contrarreferencia de la persona con indicación/sometida a la Cirugía de Revascularización Miocárdica en el marco de la Atención Primaria de Salud. **Método:** Investigación cualitativa anclada en la Teoría Fundamentada en los Datos, totalizando 41 participantes subdivididos en tres grupos (pacientes, profesionales sanitarios y gestores) en la Región Metropolitana y Región Oeste de Santa Catarina. **Resultados:** Dos categorías elucidan los factores interventores encontrados, contrastando las potencialidades y obstáculos al vínculo de la persona que sufre de enfermedades cardiovasculares con la atención primaria de salud para el proceso de referencia y destacando fragilidades en los servicios facilitados en la atención primaria de salud, con fracasos de la contrarreferencia de la persona sometida a la cirugía de revascularización miocárdica. **Conclusión:** Se hace esencial el fortalecimiento de las potencialidades presentadas en este estudio para el proceso de referencia de la persona que sufre de Enfermedad Cardiovascular, así como acciones estratégicas con enfoque en la resolución de los obstáculos señalados y que contribuyen para la deficiencia del proceso de referencia y contrarreferencia, dificultando la integralidad del cuidado en la red de atención sanitaria.

DESCRIPTORES

Revascularización Miocárdica; Integralidad en Salud; Remisión y Consulta; Enfermería de Atención Primaria; Atención Primaria de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Furuya RK, Mata LR, Veras VS, Appoloni AH, Dantas RA, Silveira RC, et al. Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review. *Am J Nurs*. 2013;113(5):28-31.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares. Internações e valor total de internações segundo capítulo CID-10 [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2016 abr 4]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
3. Crouse SB, Kitko LA. Outcomes of coronary artery interventions: comparing coronary artery bypass surgery and percutaneous coronary intervention in patients with unprotected left main stenosis. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2014;26(2):91-101.
4. Borges DL, Nina VJS, Lima RO, Costa MAG, Baldez TEP, Santos NP, et al. Características clínicas e demográficas de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio em um hospital universitário. *Rev Pesq Saúde*. 2013;14(3):171-4.
5. Andrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. National physician qualification program in cardiovascular disease prevention and integral care. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(3):203-21.
6. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc*. 2011;20(4):927-34.
7. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A Atenção Básica que queremos [Internet]. Brasília: CONASEMS; 2011 [citado 2016 abr. 11] Disponível em: <http://www.cosemsam.org.br/wp-content/uploads/2016/04/a-atencao-basica-que-queremos.pdf>
8. Gomes KO, Cotta RMM, Araújo RMA, Cherchiglia ML, Martins TCP. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;18 Supl.:S881-92.
9. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ. Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2013 [cited 2016 Apr 13];6(3): 1128-38. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878/pdf_1368
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASM, Souza WV. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):35-44.
12. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da estratégia saúde da família pela perspectiva do usuário. *Physis*. 2014;24(1):127-46.
13. Mendes JDV, Osiano VLRO. Consultas médicas de Atenção Básica nas RRAS do Estado de São Paulo. *GAIS Informa [Internet]*. 2012 [citado 2016 abr. 13];16(4):1-19. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/destaques/gais_jornal_16.pdf
14. Beraldi DC, Souto BGA. A demanda do acolhimento em uma unidade de saúde da família em São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2011;36(1):10-7.
15. Bonfim D, Fugulin FMT, Laus AM, Peduzzi M, Gaidzinski RR. Time standards of nursing in the Family Health Strategy: an observational study. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):118-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000100016>
16. Souza MG, Teixeira MED, Nogueira EA. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(3):772-9.
17. Amado J, Bento D, Silva D, Chin J, Marques N, Gago P, Alterações nas redes de referência de doentes para cirurgia cardiotorácica: as razões económicas serão destituídas de custos? *Rev Port Cardiol*. 2015;34(10):575-81.
18. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a Glance 2013: OECD indicators [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 13]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
19. Franco AF, Hino P, Nichiata LYI, Bertolozzi MR. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2012;16(1):157-62.

20. Tajero LM. The mediating role of the nurse-patient dyad bonding in bringing about patient satisfaction. *J Adv Nurs*. 2012;68(5):994-1002.
21. Uchimura LYT, Viana ALA, Silva HP, Ibanez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde Deb*. 2015;39(107):972-83.
22. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev APS*. 2013;16(3):287-93.
23. Corrêa ACP, Dóí HY. Counter-referral of women who experienced high-risk pregnancy to family health units in Cuiabá. *Ciênc Cuid Saúde*. 2014;13(1):104-10.
24. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery* 2015;19(1):169-73.
25. Lanzoni GMM, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24(1):270-278.
26. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Deb*. 2014;38(n.esp):252-64.
27. Brasil AMFE, Medeiros CRG, Saldanha OMFL. Estratégia Saúde da Família: análise dos registros em prontuários. *Cad Pedagógico [Internet]*. 2015 [citado 2016 abr. 22];12(1):265-76. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/950>
28. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. *Saúde Deb*. 2013;37(96):43-50.
29. Pinto JR, Carneiro, MGD. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Colet*. 2012;9(58):123-8.

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. Processo n.1459/2012.
