

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: DIFICULDADES NO COTIDIANO DE CUIDADOS DO ENFERMEIRO AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Laís Maria Campos Pinto (1); Marcelo Costa Fernandes (2)

¹ *Enfermeira formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: laiscamposenf@gmail.com*

² *Enfermeiro. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde - LATICS / UFCG / CNPq. E-mail: celo_cf@hotmail.com*

Resumo: A enfermagem, em seu cotidiano assistencial, necessita trabalhar com afincamento especial ao idoso, em decorrência principalmente das limitações que podem surgir nessa fase da vida. Assim, esta profissão deve ser apoiada por uma rede de atenção à saúde eficaz, com o sistema de referência e contrarreferência consolidados. Logo, esta investigação busca averiguar, a partir do discurso dos enfermeiros da Atenção Básica, a percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência no cuidado ao idoso. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 32 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da cidade de Maracanaú-CE, Brasil. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como a técnica de coleta de dados. As entrevistas aconteceram no período entre Maio e Julho de 2012. Utilizou-se a análise do Discurso do Sujeito Coletivo, como técnica de organização dos dados. A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE sob o parecer nº 26907. A Atenção Básica de saúde ainda enfrenta problemas no sistema, com a dificuldade de integração entre os vários níveis, ilustrada pela falta de referência e contrarreferência de saúde e, mais especificamente, de comunicação entre os vários níveis do sistema.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Serviços de Saúde para Idosos, Enfermagem.

Introdução

A enfermagem, em seu cotidiano assistencial, apresenta como principal dimensão do seu processo de trabalho, o cuidar ao sujeito. Porém, cabe destaque especial, o cuidado ao idoso, em decorrência principalmente das limitações que podem surgir nessa fase da vida.

O cuidado do profissional enfermeiro a este segmento populacional deve superar a sua habilidade atrelada a dimensão técnica, a qual é imprescindível nesse processo, e focalizar o idoso como núcleo das suas ações cuidativas. De tal maneira, é fundamental criar vínculos solidários e consolidar a formação de uma interação de confiança e comprometimento com essa população.

Assim, ao abordar o sujeito idoso, nota-se que a mesma possui demandas singulares, necessitando de serviços com mais frequência e por período de tempo mais longo. Em decorrência disso, o enfermeiro deve estar apto a realizar plano de cuidados efetivos e que ecoem positivamente na saúde desse grupo populacional.

A criação de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação ao estabelecimento de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse segmento populacional⁽¹⁾.

Neste sentido, o Ministério da Saúde acrescenta a saúde do idoso como ponto fundamental na agenda de saúde do país, promulgando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), tendo como norte no modelo da capacidade funcional⁽²⁾.

Esta política está estabelecida as diretrizes que guiam todas as ações no setor de saúde e aponta as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Cabe destacar também que a mesma orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar seu desenvolvimento, levando em conta possíveis adaptações determinadas pela prática. Sua implementação envolve a definição e readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor da saúde, direta ou indiretamente relacionados com seu objeto⁽¹⁾.

A PNSPI tem por meta viabilizar um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua capacidade funcional, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida⁽²⁾, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde, em especial nos serviços básicos.

Entre os estabelecimentos de assistência à saúde em que a enfermagem desenvolve as ações de cuidado ao idoso, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi constituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como estratégia fundamental para a expansão e consolidação do atendimento nesse nível de atenção⁽³⁾.

Uma das atividades que busca a continuidade e qualidade no cuidado ao idoso na Atenção Básica é a referência e contrarreferência, porém há fatores que dificulta a sua plena realização, o que diverge da proposta da integralidade, princípio doutrinário garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, esta investigação buscar averiguar, a partir do discurso dos enfermeiros da Atenção Básica, a percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência no cuidado ao idoso.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 32 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da cidade de Maracanaú-CE, Brasil. Foi adotado como critério de inclusão somente os enfermeiros que trabalhavam há mais de dozes meses na unidade de saúde. Entende-se que esse período seja o mínimo necessário para que o enfermeiro esteja familiarizado

com a dinâmica desse cenário de atuação. Foram adotados como critérios de exclusão os enfermeiros que estivessem de férias, licença-saúde ou afastados.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como a técnica de coleta de dados. As entrevistas aconteceram no período entre Maio e Julho de 2012, em local reservado da própria unidade básica de saúde. A suspensão da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificada a saturação teórica.

Para proceder à ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos enfermeiros selecionados para esta investigação, recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta metodológica que propõe a soma das ideias não de maneira numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo por meio do discurso⁽⁴⁾.

Foi realizado esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aos sujeitos do estudo, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE sob o parecer nº 26907. Os componentes éticos e legais estão presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

O Discurso do Sujeito Coletivo aborda sobre as atividades de referência e contrarreferência no cuidado ao idoso realizadas pelo enfermeiro na Atenção Básica. Foram utilizadas nove entrevistas de enfermeiros que deram origem ao seguinte discurso:

Discurso do Sujeito Coletivo - Enquanto enfermeiro, eu estou muito longe da realidade de referenciar os idosos que atendo nessa unidade básica. É muito difícil eu conseguir fazer o encaminhamento daqui para um serviço especializado. A dificuldade de referenciar é devido a gente encontrar colegas da categoria médica que são verdadeiros terroristas, que fazem ameaças se virem encaminhamento do enfermeiro. Têm reuniões na secretaria que eu vejo alguns médicos se demonstram bastante resistentes e questionando o motivo do enfermeiro realizar encaminhamentos. Eu tenho que ter muito cuidado quando vou referenciar os usuários. Eu fico limitado à

dependência do profissional médico para a referência, por exemplo, se observo que os usuários precisam ser referenciados, eu primeiro encaminho para o médico só para ele carimbar, é uma submissão total, só com um carimbo está tudo resolvido. Eu não tenho essa autonomia com esses procedimentos. Outra questão é a contrarreferência que não existe também. A contrarreferência simplesmente não acontece. O profissional médico que recebeu um usuário que foi encaminhado pela unidade de saúde, ele não dá um retorno, o que ela fez, qual tratamento solicitou, quais exames, medicamentos, nada escrito, nada formal, às vezes a gente fica sabendo pelo ACS que falou com aquele idoso na comunidade.

Nota-se, a partir do DSC, menção dos enfermeiros da Atenção Básica ao sistema de referência e contrarreferência. Este mecanismo é compreendido como o encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O papel complementar dos demais níveis de atenção à saúde remete ao conceito da integralidade, compreendida como a garantia do direito de acesso dos usuários às ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade, com fluxos ou trajetos definidos e organizados de forma a assegurar a continuidade do cuidado⁽⁵⁾.

Esse sistema de referência e contrarreferência é de fundamental importância quando se pensa na integralidade da atenção, pois a operacionalização da integralidade se dá pela possibilidade da atenção se processar em outros pontos da rede de atenção, e que o usuário possa retornar a sua unidade com todas as possibilidades de continuidade de atenção⁽⁶⁾.

Agregando a essas discussões, acrescenta-se que referência se refere ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade, e contrarreferência refere-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência⁽⁷⁾.

O sistema de referência e contrarreferência diz respeito a uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que começa na unidade de saúde da família, porta de entrada do sistema, e estende-se até às estruturas de alta complexidade e que proporciona o fluxo orientado dos pacientes nos dois sentidos. Um bom funcionamento deste sistema poderá contribuir para uma maior resolubilidade, uma vez que a grande maioria dos casos deverá ser atendida e resolvida à entrada do sistema, rompendo as grandes filas e aliviando as pressões sobre as estruturas de referência da retaguarda. Além disso, os casos só seriam referenciados após um adequado estudo prévio realizado à entrada do sistema, o que facilitaria a intervenção e reduziria o tempo de permanência na estrutura de referência⁽⁸⁾.

O SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a Regulação Médica (RM)⁽⁹⁾.

Após o atendimento especializado, o paciente deverá ser contrarreferenciado à estrutura de entrada que o encaminhou munido do relatório que descreve a sua condição clínica com recomendações para o seguimento ulterior. Uma alta eficiência do sistema de referência e contrarreferência enquadra-se no princípio da integralidade da atenção prevista no Programa Saúde da Família e reforça a resolubilidade por proporcionar ao paciente um seguimento contínuo, até a resolução do caso, independentemente de sua complexidade⁽⁸⁾.

Na compreensão de rede, no sistema sistema de referência e contrarreferência, reafirma-se a perspectiva que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, porém reforçando a sua concepção central de estimular e assegurar os vínculos em diferentes dimensões seja: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes.

Para que seja contemplada a comunicação entre os níveis de complexidade e que desta forma se garanta a integralidade do atendimento de saúde do idoso, reafirma-se a importância do sistema de referência e contrarreferência no SUS. Compreendendo que a rede de atenção pressupõe grande quantidade de pontos de atenção.

Por compreender a saúde como um direito e um bem público, enquanto que o sistema de saúde é possuidor de caráter universal e equitativo, os sistemas de saúde operam redes com populações definidas geograficamente. As redes funcionam como o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Compreende-se que é a forma de garantir

acesso a cuidado integral de forma igualitária, ao mesmo tempo em que envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública.

Entretanto, não se percebe a efetivação desse sistema, principalmente em decorrência da resistência imposta pelo profissional médico em aceitar os encaminhamentos realizados pelo enfermeiro. Esse nó crítico desestrutura o funcionamento adequado desse processo, não havendo, portanto, garantia de continuidade da assistência, constituindo-se em uma dificuldade para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização⁽¹⁰⁾.

Essa oposição do médico em admitir as referências realizadas pelos enfermeiros é incoerente com as normas e diretrizes da portaria da Atenção Básica, pois de acordo com as atribuições específicas do enfermeiro, o mesmo pode encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Desta forma, compreende-se a partir dessa portaria, que o enfermeiro apresenta suporte legal para a execução desse procedimento, como também a possibilidade de questionar essa dependência do profissional médico e do seu “carimbo” no processo de referenciar os usuários da Atenção Básica para os demais serviços de saúde, além de poder cobrar da secretaria municipal de saúde, a construção da portaria de saúde do município que viabiliza mais autonomia para o enfermeiro nesse quesito.

Outro ponto de destaque no DCS dos enfermeiros é a ausência da contrarreferência, ou seja, o retorno para a Atenção Básica dos usuários que foram referenciados aos serviços mais especializados de assistência à saúde. Essa problemática também foi apontada em diversos estudos⁽¹²⁻¹³⁾ onde a contrarreferência é praticamente inexistente, e quando acontece é devido a articulação do enfermeiro com a família e não com o serviço responsável pela atenção.

Entende-se, portanto, que a fragilidade no sistema de contrarreferência também acarreta interrupção no fluxo de atendimento, o que demonstra deficiência do princípio de hierarquização da assistência, o que revela que a Atenção Básica, na maioria das vezes, só consegue ser a porta de entrada para a unidade, e não para o SUS, o que demonstra isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência⁽¹⁰⁾.

A Atenção Básica de saúde ainda enfrenta problemas no sistema, com a dificuldade de integração entre os vários níveis, ilustrada pela falta de referência e contrarreferência de saúde e, mais especificamente, de comunicação entre os vários níveis do sistema, não havendo aproveitamento de

todas as oportunidades e possibilidades de ações e intervenções, passando responsabilidades de sua competência para outros níveis.

Como observado os sistemas de atenção à saúde ficam fragmentados, sendo aqueles que se (des) organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua ao idoso. Em geral, não há uma população idosa adscrita de responsabilização. Neles, a atenção básica à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se comunicam com a atenção terciária à saúde.

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vige uma visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Esta concepção de sistema hierarquizado vige no SUS que se organiza segundo suas normativas em atenção básica, atenção de média e de altas complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, a uma banalização da atenção primária à saúde e a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica e que são exercitadas nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde⁽¹⁴⁾.

Para que se garanta o princípio da integralidade da assistência, contemplado pelo SUS, faz-se necessária a consolidação de um sistema efetivo de referência e contrarreferência, porque, embora a atenção básica tenha certa autonomia em relação às ações de prevenção — principalmente no que se refere à educação em saúde —, há uma interdependência de todo o sistema de saúde para o desenvolvimento da promoção, proteção, recuperação da saúde e garantia do caráter integral do cuidado.

Por fim, necessita-se de sistemas integrados de atenção à saúde, isto é, as redes de atenção à saúde, as quais organizados através de uma rede integrada poliárquica de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Conclusões

A trajetória percorrida neste estudo analisou a partir do discurso dos enfermeiros da Atenção Básica, a percepção sobre o sistema de referência e contrarreferência no cuidado ao idoso.

Logo, a dificuldade no sistema de referência e contrarreferência é um grande obstáculo na realização das ações de cuidado ao idoso, uma vez que o enfermeiro fica impossibilitado, na maioria das vezes, em dá continuidade ao cuidado que foi planejado para o usuário na ESF.

Assim, é possível sugerir a necessidade de melhor integração dos serviços com definição clara das responsabilidades para atendimento do princípio da integralidade das ações. Para isso, o plano de cuidados ao idoso na Atenção Básica deve ser bem elaborado por meio de uma articulação adequada com os demais serviços da rede de atenção.

Logo, sistema de referência e contrarreferência é um dos pontos mais importantes da assistência em saúde. Observa-se que quando este sistema não funciona, o problema que levou o idoso a procurar o serviço de saúde muitas vezes não é resolvido na sua totalidade, seja pelas grandes filas no sistema de referência, seja pela contrarreferência inexistente na maioria das vezes.

Esta investigação apresenta limitações no que diz respeito à realização da pesquisa na Atenção Básica de um único município. Como contribuição deste estudo, espera-se sensibilizar os enfermeiros inseridos no ensino, na pesquisa e prática para a importância de exercer as ações de educação em saúde ao idoso seu cotidiano profissional, a de fim fomentar uma ação segura, humana e ética.

Esta investigação sugere que o atual modelo de Sistema de Referência e Contrarreferência necessita de uma profunda reflexão e de definição (ou redefinição) de seu papel no SUS e no atendimento ao idoso.

Sendo assim, percebe-se a necessidade de mais estudos que possam demonstrar novas alternativas, bem como a construção de tecnologias de cuidado que possam viabilizar a sensibilização dos enfermeiros, como também dos gestores, sobre as repercussões positivas da do sistema de referência e contrarreferência ao idosos, tanto para o serviço quanto para os atores sociais que buscam a Atenção Básica para solucionar as suas necessidades de saúde.

Por fim, o enfermeiro Atenção Básica deve ter como objetivo realizar trabalhos conjuntos entre o profissional generalista e o especialista, e não simplesmente encaminhar este paciente a um nível superior de atenção à saúde e deixar de se preocupar com ele, assim como a referência deve prestar um apoio ao profissional generalista. Para isso, tem-se atualmente as equipes de referência onde uma das suas atuações seria o apoio matricial à Atenção Básica em saúde, ou seja, essa equipe de

especialistas ajuda os profissionais generalistas no que se refere ao tratamento dos usuários, e conseqüentemente a resolubilidade neste primeiro nível, não necessitando necessariamente encaminhar o idoso à referência.

Referências

1. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 July 31] ; 46(6): 1494-1502. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=en
2. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
3. Fernandes MC, Silva LMS. Nurse care management in the family health strategy: integrative review Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Sep 25]; 14(2):438-47.
4. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul: Educs; 2005.
5. Serra Carlos Gonçalves, Rodrigues Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Nov [cited 2014 Sep 25] ; 15 (Suppl 3): 3579-3586.
6. Simino GPR. Acompanhamento de usuários com câncer e seus cuidadores por trabalhadores de equipes de saúde da família: possibilidades e desafios. 2009. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo, 2009.
7. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de Saúde. 2ª.ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.177-33.
8. Aguiar JMM. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolubilidade do PSF no município de Volta Redonda (RJ) [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ; 2001.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2004. (Série E, Legislação de Saúde).
10. Pontes Ana Paula Munhen de, Cesso Rachel Garcia Dantas, Oliveira Denize Cristina de, Gomes Antonio Marcos Tosoli. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Aug [cited 2015 Apr 28] ; 63(4): 574-580.

11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 24 out.
12. Narchi Nádia Zanon. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2010 June [cited 2015 Apr 28] ; 44(2): 266-273.
13. Sousa Francisca Georgina Macedo, Erdmann Alacoque Lorenzini, Mochel Elba Gomide. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 28] ; 20(spe): 263-271.
14. Conass. Secretaria do Estado da Saúde de Piauí. Oficina rede de atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. Teresina; 2008.
15. Botti ML, Scochi MJ. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. Saúde Soc. 2006; 15(1):107-14.