



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA**

ROMÁRIO ARAÚJO MATIAS ROCHA

**A Construção do processo de Referência e Contrarreferência
com gestantes de alto risco na Região Oeste de Saúde –
Ceilândia-DF: A opinião dos profissionais**

Ceilândia-DF
2016

ROMÁRIO ARAÚJO MATIAS ROCHA

**A Construção do processo de Referência e Contrarreferência
com gestantes de alto risco na Região Oeste – Ceilândia-DF: A
opinião dos profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Saúde Coletiva da Universidade de
Brasília/Faculdade de Ceilândia, como requisito
parcial para obtenção de título de bacharel em Saúde
Coletiva

Orientador: José Antonio Iturri de La Mata

Ceilândia-DF
2016

ROMÁRIO ARAÚJO MATIAS ROCHA

**A Construção do processo de Referência e Contrarreferência
com gestantes de alto risco na Região Oeste – Ceilândia-DF: A
opinião dos profissionais**

Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata, UnB/FC

Orientador

Prof^a. Dr^a. Antônia de Jesus Ângulo Tuesta, UnB/FC

Membro convidada

Prof^a. Dr^a Silvia Maria Ferreira Guimarães, UnB/FC

Membro Convidada

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por te me dado forças e coragem para terminar este trabalho.

A minha família José Osmilton Rocha, Nágila Maria Araújo Matias Rocha e Pedro Araújo Matias Rocha, por ter me dado todo o suporte para realizar esta graduação, e por sempre acreditarem em mim.

A meu orientador José Antonio Iturri de La Mata por todo o apoio e tempo disponível para me ajudar na realização deste trabalho.

Aos profissionais que aceitaram participar desta pesquisa, por terem reservado um pouco de seu tempo para poder contar suas experiências.

A minha namorada Lorena Braga de Siqueira, por sempre está do meu lado e me apoiando nas horas difíceis, obrigado por todos os conselhos e palavras encorajadoras.

A meus amigos (a) de curso Rafael Dias, Miquéias Wallisom, Antônio Carlos, Raísa Santos, Roberta Lopes, Gilca Dantas, obrigado pela parceria nesses últimos quatro anos e meio, e que valeu a pena todos os desafios que passamos juntos, na realização de trabalhos, provas além das confraternizações durante toda a graduação. Amizades verdadeiras que levarei para sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HRC	Hospital Regional de Ceilândia
SUS	Sistema Único de Saúde
PAISM	Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PSMI	Programa de Saúde Materno Infantil
ONU	Organizações das Nações Unidas
ODM	Objetivos do Milênio
RMM	Razão de Mortalidade Materna
APS	Atenção Primária a Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
DIRAPS	Diretoria de Atenção Primária em Saúde
GAR	Ambulatório de Gravidez e Alto Risco
RAS	Rede de Atenção à Saúde
PET	Programa de Educação e Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVO GERAL	12
3.1 Objetivos Específicos.....	13
4. METODOLOGIA.....	13
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1 Redes de Atenção a Saúde (RAS)	17
5.2 Rede Cegonha	19
5.3 Referência e Contrarreferência	20
5.4 Negociação e acordos na construção do processo de Rede de Atenção	22
5.5 Saúde da Mulher.....	22
5.6 Gestação de Alto Risco	23
6. RESULTADOS	27
6.2 Situação do Fluxo de Referência e Contrarreferência: Dificuldades na construção desse processo.....	29
6.3 Problemas com o número de médicos atuando no alto risco do Hospital Regional de Ceilândia.	29
6.4 Casos de Baixo Risco sendo Referenciados no Alto Risco “O médico encaminha antes do risco acontecer”	30
6.5 Não Aderências dos Médicos do Alto Risco a Contrarreferência	32
6.6 Consequências da falta do processo de referência e contrarreferência.....	33
6.7 Processo de Contrarreferência em Construção.....	34
6.8 Responsabilidades da atenção primária da situação atual.....	35
6.9 Responsabilidades do nível especializado	35
7. POSSÍVEIS INTERVENÇÕES/ PROPOSTAS PELOS ENTREVISTADOS.....	36
7.1 Capacitação dos Médicos da Atenção Primária	36
7.2 Triage realizada no ambulatório de alto risco	38
7.3 Orientação para a gestante retornar ao pré-natal no Centro de Saúde.....	38
7.4 Efetivação de propostas elaboradas durante o PET Rede Cegonha (2013-2014)	39
8. DISCUSSÃO	41
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	44

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	48

RESUMO

A existência de políticas e programas que protegem e amparam as mulheres no país, é de suma importância para combater o índice elevado de mortalidade materna no Brasil, que é um problema de saúde pública mundial e sua redução está entre os oito objetivos do milênio. Uma ferramenta importante para a mudança desse quadro é a realização de um pré-natal adequado e a estratégia Rede Cegonha que foi criada visando assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, oferecendo uma atenção mais completa durante a gravidez. Para que se de a integralidade do acompanhamento da mulher no pré-natal, é fundamental que o processo de referência e contrarreferência seja efetivo; no caso desta pesquisa, o processo de referência e contrarreferência de mulheres com diagnóstico de Gestação de Alto Risco entre a Rede de Atenção básica e o Hospital Regional de Ceilândia (HRC). Existem indícios que na Região Oeste de saúde, especificamente na Região Administrativa de Ceilândia-DF, esse processo não ocorre da melhor forma possível em gestantes nessa condição que são encaminhadas ao serviço especializado de referência no (HRC), e que não são contrarreferenciadas para os centros de saúde para que se de continuidade ao pré-natal. É de importância conhecer e compreender os motivos dessa falta de articulação entre os dois níveis, e a proposta desta pesquisa é compreender a percepção dos profissionais e gestores que participam do processo em relação ao problema apresentado além de conhecer propostas para melhoria deste quadro, o que foi feito mediante entrevistas semiestruturadas com profissionais dos dois níveis.

Palavras Chaves: Redes, Referência, Contrarreferência, Gestante, Atenção Primária, Alto Risco.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil desde a década de 1960 vem se acumulando políticas e programas com a intenção de ampliar os serviços de saúde em favor da mulher e com um de seus objetivos principais a diminuição do índice de mortalidade materna.

Políticas e programas dessa temática precisam atuar em redes de atenção e um dos processos centrais do funcionamento em rede são os fluxos de referência e contrarreferência de usuários entre diversos níveis de atenção; o interesse nesta pesquisa é explorar e compreender a opinião de profissionais e gestores sobre as dificuldades de construção do fluxo de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e o serviço ambulatorial especializado no caso de mulheres com gestações consideradas de alto risco na Região Oeste de Saúde em Ceilândia/DF.

Antes da criação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) as políticas e programas como o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) atuavam de forma vertical, centralizado com o foco apenas no período de gestação e o controle do puerpério.

Segundo Costa, “o PSMI, era tipicamente direcionado ao cuidado de grupo populacional vulnerável, coexistia com outros programas destinados ao controle de patologias, sem a conseqüente e necessária articulação entre suas ações estratégicas” (COSTA, 1999).

Com a criação do PAISM em 1983 pelo Ministério da Saúde o programa foi estruturado de forma horizontal, descentralizada atuando de forma integral por meio de ações articuladas entre os diferentes níveis de atenção. Segundo, Costa, “a redução da morte materna, sabidamente associada ao acesso e à qualidade da atenção ao pré-natal, parto e puerpério” (COSTA, 2012, p.995). Os óbitos maternos se constituem “em sua maioria, de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso, em tempo oportuno, a serviços qualificados de saúde” (SZWARCOWALD et al, 2014).

Para Costa, a mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e sua redução é a quinta entre os oito objetivos do milênio (ODM) que, em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu como temas prioritários para os países (COSTA, 2012, p.981). No Brasil a razão de mortalidade materna (RMM) é muito elevada, mesmo com a queda acentuada nos anos 1980 e 1990 e até os dias atuais onde a taxa caiu pela metade, de acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil tem hoje 62 casos a cada 100 mil nascimentos, é inegável que há um progresso em andamento, mas os índices ainda são altos em relação à taxa de mortalidade materna de países desenvolvidos.

O país enfrenta dificuldades para estimar os índices de mortalidade materna, a baixa notificação em regiões do país como Norte e Nordeste, e principalmente o sub-registro geral de óbitos maternos. Segundo Szwarcwald, “o monitoramento dos avanços alcançados na redução da mortalidade materna tem sido problemático, sobretudo pelas dificuldades de obtenção dos dados necessários à mensuração da mortalidade materna com grau satisfatório de confiabilidade” (SZWARC WALD et al, 2014).

Com a proposta de mudança no sistema de saúde para o modelo de redes, a Atenção Primária de Saúde (APS) além de ser a porta de entrada preferencial do sistema é responsável pela condução da atenção em rede. Segundo Mendes, as redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

A estratégia Rede Cegonha instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 que consiste em uma rede de cuidados que assegura as mulheres, o direito ao planejamento e atenção humanizada durante a gravidez, com enfoque no pré-natal, puerpério e o recém-nascido, também tem como objetivo a melhoria da articulação entre os níveis de atenção de forma que garanta o acesso e acolhimento humanizado para reduzir a mortalidade materna e neonatal das gestantes e recém-nascidos no Sistema Único de Saúde.

Para que a estratégia Rede Cegonha funcione de forma efetiva em casos de acompanhamento de gestantes de alto risco é necessário que haja uma articulação adequada entre a referência e a contrarreferência e que compartilhem a responsabilidade pelo cuidado.

Para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde, é necessária que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior a menor complexidade que compõem o sistema propiciando que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Para que isto aconteça é preciso haver um sistema de referência e contrarreferência dentro do sistema de saúde, em que um serviço informa o outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo (FRATINI, 2007).

No acompanhamento do pré-natal na atenção primária são realizados uma série de consultas exames de rotina para detecção de algum agravo como infecções ou doenças como HIV, sífilis e hepatite. Se diagnosticado algum agravo que coloca em risco a gravidez ou a saúde da gestante ou do feto a mesma será encaminhada ao serviço de referência especializado mais próximo para que seja feito o tratamento e a resolução do problema.

Segundo Dias uma vez atendido na Unidade de Referência o cliente deverá ser contrarreferenciado, ou seja, o profissional que fez o atendimento nesta Unidade deverá preencher no encaminhamento próprio as informações necessárias para a continuidade do atendimento do cliente na Unidade Básica – origem (DIAS, 2012).

Para que o processo de referência e contrarreferência ocorra de maneira adequada é necessário que exista um diálogo entre os níveis de atenção. Para Mendes a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Então se mostra necessário que exista uma estrutura organizada em rede, para que possa ser construída através de diálogos, acordos e negociações para chegarem ao objetivo principal que é ofertar o serviço de forma integral. Segundo Olivares, estrutura organizacional em rede é um

arcabouço que serve de base para o funcionamento simultâneo coordenado, equilibrado e integrado de mais de uma organização, pois apresenta as diversas relações interorganizacionais existentes entre diferentes elementos que a conformam. (OLIVARES, 2002).

Para Feuerwerker, é necessário que os profissionais construam espaços de conversa para identificação de potencialidades e possibilidades de cooperação, e produção de novos pactos em relação às suas responsabilidades para ter como consequência a combinação de iniciativas, reavaliação de decisões e a construção de estratégias (FEUERWERKER, 2011).

A falta de articulação entre os níveis de atenção é fruto de um Sistema de Saúde que não funciona necessariamente de forma ordenada. Segundo Lobato e Giovanella, “o ambiente é muito mais caótico que ordeiro, e mais conflituoso que consensual. Por isso os sistemas são complexos e estão em constante mudança” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, pag.90).

Compreender melhor essa falta de articulação através da opinião de atores de dois níveis de atenção, Atenção básica de saúde (ABS) e Atenção ambulatorial especializada é importante para pensar soluções e como consequência diminuir o índice de mortalidade materna e infantil que é um dos principais objetivos do programa Rede Cegonha e como consequência melhorar o acompanhamento das mulheres gestantes no SUS.

Deve-se considerar que, aumentando a complexidade do contexto do tema, na Atenção Primária de Saúde da Região Administrativa de Ceilândia DF coexistem dois modelos de atenção, a APS tradicional e a APS na modalidade Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que, uma parte desta, é reforçada por profissionais do programa Mais Médicos, na sua maioria médicos vindo do exterior. Dessa forma, duas modalidades de APS e profissionais de formações diferentes precisariam participar da construção deste processo de referência e contrarreferência.

2. JUSTIFICATIVA

Um acompanhamento de pré-natal bem feito em uma gravidez de alto risco pode evitar muitas complicações futuras para a gestante. O índice de mortalidade materna no Brasil ainda é alto então se faz necessário acompanhar a situação desse acompanhamento na rede de saúde.

O processo de referência e contrarreferência é de grande importância para que esse acompanhamento a gestante de alto risco seja realizado da melhor maneira possível, já que quando diagnosticada se faz necessário a referência para que o problema quando não resolvido na atenção primária seja solucionado em outro nível de atenção onde se concentra tecnologias mais duras.

O problema de articulação entre o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e os Centros de Saúde foi identificado pelo programa (PET) Rede Cegonha que é um projeto entre parcerias do Ministério da Saúde e as Universidades no caso da Região Administrativa de Ceilândia e a UnB, programa que foi realizado entre 2013 e 2014, onde foi identificado que as mulheres quando referenciadas para o (HRC) não voltavam para os Centros de Saúde para continuar o pré-natal.

Poder compreender as dificuldades que os profissionais enfrentam no seu dia-a-dia para poder construir esse processo é de importância já que a Região Oeste de Saúde/ Ceilândia-DF sofre com problemas estruturais tanto física como de recursos humanos, além de problemas de conduta e a necessidade de capacitação de profissionais.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de referência e contrarreferência de usuárias com diagnóstico de gravidez de alto risco na Regional de Saúde de Ceilândia-DF. A partir da perspectiva dos sujeitos/ gestores e profissionais.

3.1 Objetivos Específicos

A) Sistematizar e analisar a percepção dos profissionais de saúde e gestores da atenção básica de saúde e do ambulatório de gravidez de alto risco sobre as dificuldades na construção da articulação entre esses níveis de atenção no acompanhamento de gestantes de alto risco na regional de saúde de Ceilândia-DF.

B) Sistematizar as propostas desses profissionais e gestores para melhoras nos processos de referência e contrarreferência.

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que será realizado na Região Administrativa de Ceilândia em dois Centros de Saúde da região (CS8 e CS9 escolhidos pelo volume de atendimento e pela participação das suas equipes profissionais no projeto PET Rede Cegonha da Universidade de Brasília UnB) e no ambulatório de Gravidez de Alto Risco do Hospital Regional de Ceilândia (HRC).

Será feita uma análise de problemas de fluxo de pacientes e informações entre os serviços envolvidos no processo de referência e contrarreferência das gestantes de alto risco no ano de 2015. Foram feitas entrevistas com os profissionais dos serviços envolvidos.

A motivação inicial para a pesquisa foi à identificação durante o projeto PET Rede Cegonha/UNB, de problemas da falta de articulação entre referência e contrarreferência que redundavam na perda de vínculo entre a gestante de Alto Risco e seu serviço de ABS, depois foi feito um aprofundamento no assunto através de pesquisas bibliográficas sobre o modelo de Redes de Atenção, Rede Cegonha, Referência e Contrarreferência para poder entender o funcionamento desse sistema.

O tipo de amostra será não aleatório já que os profissionais escolhidos para serem entrevistados incluindo profissionais de acordo com sua atuação e conhecimento sobre o assunto tratado na pesquisa. O levantamento de dados do histórico de gestantes de alto risco nas referências será feito em cadernos de históricos de pacientes e se preciso no sistema TRACKCARE.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelo autor do trabalho seguindo um roteiro para três tipos de atores que atuam diretamente na área. Os encontros para a realização das entrevistas foram marcados nas próprias Unidades de Saúde onde o profissional atua, e no Hospital Regional de Ceilândia (HRC), as entrevistas foram gravadas de acordo com o consentimento dos entrevistados e transcritas. Cada entrevista durou em média 20 minutos.

- O primeiro são gestores:
 - Da área de atenção básica: o Diretor da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) (identificado no texto como "Gestor 1")
 - O profissional médico que era anteriormente responsável pelo Programa de Saúde Integral a Saúde da Mulher (PAISM) /DIRAPS; este médico trabalhou tanto no Controle Pré-natal quanto na gestão do PAIM/DIRAPS e foi considerado em ambos tipos de profissionais (identificado como "Gestor 2 – APS 2") e
 - A atual responsável médica pelo (PAISM) /DIRAPS ("Gestor 3").

- O segundo tipo refere-se aos profissionais especialistas que atuam no ambulatório de Gravidez de Alto Risco (GAR) do HRC, responsáveis pelo acompanhamento de gestantes de alto risco. A médica entrevistada será identificada como *GAR 1*.

- O último tipo refere-se a dois profissionais que atuam no pré-natal na atenção primária:
 - Um médico e um enfermeiro/ gestor.

- Um profissional de enfermagem que trabalhou tanto no Controle Pré-natal quanto na gestão de Centros de Saúde (identificado como *APS 1*)
- O profissional médico *Gestor 2 – APS 2*.

Profissional	Atuação
Gestor 1	Diretor da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS)
Gestor 2 – APS 2	Trabalhou tanto no Controle Pré-natal quanto na gestão do PAIM/DIRAPS
Gestor 3	Atual responsável médica pelo (PAISM)
GAR 1	Atua no ambulatório de Gravidez de Alto Risco (GAR) do HRC
APS 1	Profissional de enfermagem que trabalhou tanto no Controle Pré-natal quanto na gestão de Centros de Saúde

Depois de várias tentativas, não foram concretizadas entrevistas com outro médico do Controle Pré-natal nem com uma enfermeira do mesmo nível de atenção.

Essa parte do estudo terá como objetivo compreender melhor a percepção dos profissionais em relação a esse assunto e ter maior conhecimento do problema por via de explicações e propostas para melhorar o quadro já conhecido. Com base no conhecimento de campo, tanto do autor quanto do orientador deste trabalho, e na revisão teórica, definiu-se um roteiro de Entrevista que contemplará os seguintes aspectos, além dos relativos à identificação dos participantes.

1) Importância atribuída ao fluxo de referência e contrarreferência na atenção da gravidez de alto risco;

- 2) Opinião sobre a situação do referido fluxo na Regional de Saúde de Ceilândia;
- 3) Explicações aventadas para essa situação;
- 4) Papel da atenção médica na ABS no cuidado da gravidez de alto risco;
- 5) Papel da atenção especializada no cuidado da gravidez de alto risco;
- 6) Possíveis intervenções para melhorar o fluxo;
- 7) Dificuldades para implementar essas intervenções;

As entrevistas foram examinadas mediante a abordagem de análise de conteúdo. Para Silva e Fossá.

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Tendo em vista as etapas propostas por Bardin 1977, (Silva e Fossá 2015) listam a forma geral em que o material deverá ser organizado para a condução da análise:

- 1) Leitura geral do material coletado (entrevistas e documentos);
- 2) Codificação para formulação de categorias de análise, utilizando o quadro referencial teórico e as indicações trazidas pela leitura geral;
- 3) Recorte do material, em unidades de registro (palavras, frases, parágrafos) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico;
- 4) Estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados). A formulação dessas categorias segue os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da fertilidade (para as inferências) e da objetividade (compreensão e clareza);
- 5) Agrupamento das unidades de registro em categorias comuns;

- 6) Agrupamento progressivo das categorias (iniciais → intermediárias → finais);
- 7) Inferência e interpretação, respaldadas no referencial teórico.

Na análise dos discursos, os aspectos considerados no roteiro de entrevista serviram na definição de categorias temáticas, as quais organizam os tópicos dos resultados.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Redes de Atenção a Saúde (RAS)

A proposta da criação de Redes de Atenção (RAS) para o Sistema Único de Saúde ainda é recente, já que o nosso sistema precisava de mudanças foram observadas experiências exitosas desse modelo em outros países e assim implantado no nosso sistema. O conceito de redes de Atenção a Saúde segundo Mendes é que, pode-se definir as Redes de Atenção a Saúde

“Como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011).

Segundo Giannotti a existência de vínculos e responsabilização entre equipes da atenção básica e usuários, o que tomaria os trabalhadores da atenção básica os mais indicados para coordenar os cuidados, articulando os demais recursos necessários para a produção do cuidado em questão. (GIANNOTTI, 2013).

Colocar a atenção primária como ordenadora das redes de atenção é um grande passo para a melhoria do cuidado e a qualidade do atendimento,

pois existindo uma atenção básica resolutive em determinado local, problemas em outros pontos da atenção serão evitados.

O modelo de Redes também pode ser interpretado como uma representação de um conjunto de serviços de diferentes especialidades que são interconectadas estabelecendo uma articulação entre eles. Segundo Mendes os objetivos da RAS é melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias do SUS, os resultados sanitários do sistema de saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2011).

O objetivo da Rede de Atenção a Saúde é a integração sistêmica dos diferentes pontos da atenção, fazendo que o cuidado seja contínuo de forma integral e de qualidade.

Nessa perspectiva a criação de Rede de Atenção a Saúde pode favorecer de forma efetiva um modelo que escute as necessidades, integre as diferentes ações e serviços do campo da saúde e de outros setores e crie condições de diálogo entre os sujeitos que participam deste processo. A implantação das redes de atenção favorece também um modelo que tenha a atenção básica como ordenadora do cuidado com base territorial definida população adstrita longitudinalidade do cuidado e corresponsabilização entre profissional e usuários (GIANNOTTI, 2013).

A melhor articulação entre os níveis de atenção pode ser a maneira mais indicada para que o Sistema Único de Saúde respeite o princípio da integralidade e esse modelo de RAS pode facilitar essa prática.

A partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações o Ministério da Saúde estruturou redes de Atenção à Saúde Temática, sendo estas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e 13 outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com intensificação da prevenção

e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites (GIOVANNI, 2013).

Para que exista uma articulação nesse novo modelo de Redes são necessários que alguns fatores que estejam inter-relacionados da melhor maneira possível. Serra e Rodrigues destacam que a regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico (SERRA; RODRIGUES, 2010).

No modelo de redes é importante salientar sobre a existência de programas atuando nos níveis de atenção e que participam de forma direta no cuidado. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Em relação à temática deste trabalho a Estratégia Saúde da Família atua muitas vezes de forma importante como primeiro contato para a gestante. Segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, as gestantes são orientadas sobre não perder o vínculo com a atenção primária ou com a equipe de Saúde da Família que iniciou seu acompanhamento (BRASIL, 2010).

5.2 Rede Cegonha

Em meados dos anos 2000, diversas ações direcionadas às mulheres e crianças proporcionaram alcançar importantes resultados na saúde desses segmentos populacionais. Vale destacar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher -2004 e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – 2004 (CAVALCANTI, 2010).

O programa Rede Cegonha foi instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, veio como uma ferramenta inovadora do Ministério da Saúde e com objetivo de diminuir os problemas de mortalidade materna e infantil que é alto no Brasil, em suas diretrizes preconiza o acompanhamento humanizado da gestante oferecendo diversas ferramentas para que essa nova prática de acompanhamento do profissional e gestante seja respeitado (BRASIL, 2011).

Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha é proposta como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

É uma estratégia do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério (GIOVANNI, 2013).

A Rede Cegonha se configuraria com uma importante estratégia do governo federal na medida em que objetivaria enfrentar o problema do elevado número de óbitos de mulheres e de crianças por meio de iniciativas que provoquem mudança desse cenário existente no Brasil. (CAVALCANTI, 2010).

5.3 Referência e Contrarreferência

Na atenção primária esse fluxo tem grande responsabilidade para se dá à continuidade da linha do cuidado, segundo a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB), a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

A organização do SUS define que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis de

maior complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada possibilitaria maior conhecimento dos problemas de saúde da população (DIAS, 2012).

Para contextualizar Fratini, Saupe e Massaroli 2008 descrevem esse processo de referência e contrarreferência.

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado 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, ou seja, “o cidadão pode ser contrarreferenciado, isto é conduzido para um atendimento em nível mais primário”, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. FRATINI; SOUPE; MASSAROLI, 2008).

A busca por alternativas facilitadoras de estabelecimento de processos de referência e contrarreferência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mas é evidente também que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

As Unidades de Saúde passaram a ter maior responsabilidade com esse Sistema de Referência, uma vez que estas ficaram incumbidas da função não só do encaminhamento/referenciamento, mas também, do agendamento e retorno deste ao cliente. Assim, o atendimento de um usuário o vincula à unidade que o atendeu até o alcance da resolução dos seus problemas (DIAS, 2012).

Segundo Fratini, com a implantação e funcionamento de programas de referência e contrarreferência, muitas vezes o usuário pode ter a garantia ao acesso, porém necessita também da garantia na qualidade da assistência prestada e para isso carece avaliar e analisar os resultados se são bons ou ruins, bem como a participação ativa dos serviços envolvidos (FRATINI, 2007).

5.4 Negociação e acordos na construção do processo de Rede de Atenção

A mudança de um sistema que funcionava de forma hierárquica que tinham características de fragmentação na atuação dos serviços, para o de redes de atenção, mudou toda a configuração de gestão e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando a atenção primária como centro da rede e ordenadora do cuidado tendo contato com outros pontos da atenção. Para Mendes os sistemas fragmentados se organizam em pontos isolados na atenção á saúde, limitando uma atenção continua da população (MENDES, 2011).

Nesse modelo de redes de atenção, a existência de vínculos entre os diferentes níveis é de extrema importância para que o sistema consiga ofertar o cuidado de forma integral. Nas redes de atenção a saúde, que tem como características verticalizadas facilitando o contato, segundo Olivares a rede vertical é um tipo de rede formada por organizações que atuam de forma complementar numa cadeia de valor, oferecendo uma parte do serviço, operação ou produto final (OLIVARES, 2002).

Cada nível de atenção tem suas características, e para que existam parcerias, vínculos entre esses diferentes níveis se faz necessária que ocorra um processo de negociação. Baseado em outros autores Olivares define que negociação na lógica de redes é um processo administrativo dinâmico de interligação cooperativa das alianças estratégicas, na forma de uma estrutura organizacional em rede, que permite compartilhar as competências das partes, na procura de objetivos comuns (OLIVARES, 2002).

5.5 Saúde da Mulher

O histórico de políticas direcionadas a saúde da mulher é bem antigo, em meados dos anos 1980 mais que infelizmente nunca foram eficazes ao ponto de deixar o índice de mortalidade das mulheres alto em relação a outros países. Segundo Carvalho no Brasil a saúde da criança e da mulher tem sido reconhecida como prioridade há algumas décadas; entretanto, persiste a constatação de que ainda ocorre um número elevado de mortes de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto. (CARVALHO, 2007).

Para Costa são ineficazes os programas ou políticas com o objetivo de reduzir a mortalidade materna que sejam focados apenas no período gestacional. (COSTA, 2012)

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (OLIVEIRA, 2014).

A partir da criação deste programa e com o aprimoramento ao longo do tempo da mesma, com o modelo de Redes de Atenção foi criado o programa Rede Cegonha instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 que vem com intuito de melhorar a atuação do Sistema Único de Saúde a atenção com a gestante em todos os aspectos do pré-natal ao pós-parto.

Mesmo com esses avanços, ainda existem muitas mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade, como as negras, indígenas e as pobres. Para Rattner o PAISM pode ser considerado um “produto” ou um “resultado” da mobilização das mulheres brasileiras pelo reconhecimento de cidadania e de direitos e por acesso aos postos de decisão no espaço público.(RATTNER, 2009).

5.6 Gestação de Alto Risco

A gravidez é um evento biologicamente natural, porém especial na vida da mulher e, como tal, desenvolve-se em um contexto social, cultural, econômico e de violência que influencia e determina a sua evolução e a sua ocorrência. Para a investigação das razões humanas e conhecimento melhor

dessa influencia e complexidade das vivencias do ciclo gravídico-puerperal, É importante considerar fatores como a história pessoal da gestante e seu passado obstétrico, o contexto da gravidez, sua idade e vinculo com o parceiro. (DOURADO; PELLOSO, 2006).

Vários são os fatores que influenciam a mulher a passar por uma gravidez de alto risco, como dieta, estilo de vida, perturbações emocionais e acidentes graves no decorrer da gravidez, então caso seja diagnosticada como de alto risco é necessário que o pré-natal dessa gestante seja diferenciado e com uma boa articulação entre a referência que vai tratar do problema em si, e a contrarreferência que vai acompanhar a mulher no pré-natal com palestras e consultas periódicas. Segundo Costa as principais causas de mortes maternas são, hipertensão arterial – hemorragia, infecções puerperais, doença do aparelho circulatório além dos abortamentos (COSTA, 2012).

Segundo o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde. *“Gestação de Alto Risco é ‘aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”* (BRASIL, 2012).

De acordo com esse Manual do MS, há um grande número de condições marcadoras de risco gestacional:

Os marcadores e fatores de risco gestacionais presentes anteriormente à gestação se dividem em:

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;

- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

2. História reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).

3. Condições clínicas preexistentes:

- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;

- Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);

- Doenças autoimunes;

- Ginecopatias;

- Neoplasias.

[...] outros grupos de fatores de risco referem-se a condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco:

1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos.

2. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;

- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;

- Ganho ponderal inadequado;

- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;

- Diabetes gestacional;

- Amniorrexe prematura;

- Hemorragias da gestação;

- Insuficiência istmo-cervical;

- Aloimunização;

- Óbito fetal.

3. Intercorrências clínicas:

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do

- trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);

- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

(BRASIL, 2012)

Nas gestações de alto risco, o contato entre a equipe de saúde da família e os profissionais que atuam no centro de saúde deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados à gestantes por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar (BRASIL, 2012).

6. RESULTADOS

Foram realizadas cinco entrevistas com dois profissionais da atenção especializada (Alto Risco) um profissional responsável pela gestão da Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS) e outros dois profissionais que trabalham na atenção primária sendo uma deles com experiência também na especializada. O período que as entrevistas foram feitas com estes profissionais entre Outubro de 2015 e Junho de 2016.

A importância do processo de referencia e contrarreferência em gestante de alto risco na cidade de Ceilândia-DF foram descritos por todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, assim como suas dificuldades para que esse processo funcione da melhor maneira possível e alternativa para melhoria do quadro descrito.

Foram relatadas muitas queixas dos profissionais em relação a problemas estruturais, de recursos humanos, ou até mesmo a não aderência de médicos ao processo de contrarreferência devido à implantação de mudanças de conduta no acompanhamento às gestantes previstas nas novas diretrizes do programa Rede Cegonha para a continuação do pré-natal enquanto a gestante está assumida pelo médico do alto risco.

No primeiro momento da análise, é de importância saber a opinião dos profissionais sobre o papel de cada nível de atenção.

6.1 Opinião sobre a importância da Atenção Primária e da Atenção Especializada no acompanhamento da gestante de alto risco.

Em relação ao nível primário no acompanhamento da gestante de alto risco, o entrevistado (Gestor1) deu sua opinião:

“Na verdade eu sempre considerei a atenção primária como ordenadora do cuidado e ordenadora da rede, o alto risco nada mais é que um desdobramento de um ciclo de vida de uma linha de cuidado que é o pré-natal que a gente trabalha muito que é a Rede Cegonha o fortalecimento do pré-natal o puerpério o parto e tudo isso mais a atenção primária ele pode não se tornar a protagonista de certa forma no alto risco, entretanto ela vira protagonista uma vez que ela sofre uma ação da contrarreferência então assim o que a atenção primária deve estar sempre atenta é que mesmo a mulher em situação de alto risco precisando de um acompanhamento especialista de um ambiente hospitalar ela não pode ser deixada de lado no seu acompanhamento regular da APS”.

Outro entrevistado que atua na atenção primária (APS1) também considera a (APS) de extrema importância na realização de um pré-natal efetivo.

“Importância total, quem está mais próxima e que vai acompanhar a gravidez dela inteira e até mesmo quando o bebê nascer e a atenção básica e toda a visão primária do que tá acontecendo à porta de entrada então ela realmente tem que começar por aqui e não perder esse vínculo de atendimento até mesmo porque quando você perde o vínculo você perde todo o acompanhamento como vai ser esse bebê quando nascer se vai ter algum problema e como foi o tratamento dela durante o pré-natal”.

Sobre a atenção especializada a opinião do (Gestor1) também foi interessante, já que ele nos conta como esse nível pode atuar em complemento a atenção primária.

“Eu diria que na gestação de alto risco, a atenção especializada seria nossa segurança ela é meu direcionamento então atenção especializada vem para nos dar suporte porque em muitas vezes ela tem tecnologias e que a atenção primária tem tecnologia mais leves que seriam baseadas no conhecimento, mais baseado em palestra comunicação a atenção secundária entra com tecnologias mais complexas, então elas nos dá esse aporte com tecnologias mais complexas ela não deixa de ser tão importante mas de certa forma ela é usada quando necessário não regularmente, acredito que a atenção primária tem que ser o mais resolutiva para conseguir recepcionar e dar o cuidado a essa gestante”.

O interessante é identificar no discurso dos profissionais citados acima quanto à importância dos dois fluxos, sobre a valorização da atenção primária como ordenadora do cuidado e sendo primeiro contato da gestante com os serviços de saúde no início do pré-natal, quanto ao nível especializado a sua

importância no complemento do acompanhamento da grávida de alto risco, utilizando tecnologias duras para solucionar o problema. O contato entre os dois serviços é indispensável para que se dê a integralidade do acompanhamento.

6.2 Situação do Fluxo de Referência e Contrarreferência: Dificuldades na construção desse processo.

Durante as entrevistas foi indagado e não foram relatadas experiências de nenhum processo completo de referência e contrarreferência. O entrevistador percebia que os profissionais falavam mais das dificuldades que enfrentavam no seu dia-a-dia do que o real funcionamento de um processo de contato entre os dois serviços.

As situações relatadas mais frequentemente pelos profissionais sobre a situação do processo de referência e contrarreferência eram as próprias dificuldades enfrentadas por eles, principalmente a falta de recursos humanos, insegurança dos profissionais sobre os procedimentos e dificuldades de atualização técnica de alguns profissionais, fatos que prejudicam todo o funcionamento do fluxo.

A seguir, serão expostas as percepções que os profissionais de ambos os níveis de atenção tem no seu dia-a-dia nesse processo de referência e contrarreferência com as gestantes de alto risco.

6.3 Problemas com o número de médicos atuando no alto risco do Hospital Regional de Ceilândia.

Um dos problemas que foi relatado de maneira reiterada pelos profissionais foi a falta de recursos humanos, principalmente no ambulatório de alto risco do Hospital Regional de Ceilândia (HRC), que atualmente está com o número mínimo de horas semanais (20 horas) de trabalho profissional para atendimento dessa população.

Uma profissional que atua no alto risco (Gestor3) conta a dificuldade de marcação de consultas com esse número mínimo de horas.

“A gente tenta pegar as pacientes e colocar no alto risco quando tem essa referência, a gente tenta encaixar. O grande problema tá sendo que o número de médicos de alto risco é o mínimo, estamos com 20 horas de alto risco semanais no HRC para toda a população.”

Com essa falta de profissionais no ambulatório de alto risco, o problema repercute nos centros de saúde que fazem referência para o HRC como referência, relata (APS1).

“Olha, o fluxo [no Centro de Saúde] é perfeito o paciente chega aqui e o médico encaminha é tranquilo, o que a gente não tem é a disponibilidade do profissional que acolha esse usuário [no HRC]”

Esse problema de falta de médicos no ambulatório de alto risco é explicado pelo (Gestor1).

“A gente passou nesse ano de 2015 uma situação bem atípica nunca teve uma situação tão gritante como a que tivemos da situação do alto risco aqui, nos tínhamos uma quantidade boa de profissionais no alto risco e esses profissionais ou foram aposentando ou foram removidos por necessidade de saúde e chegamos ao ponto da última profissional que era de 40 horas ser removida em meados de julho”

Como consequência uma gestante que não precisar de um atendimento de urgência, ficará em um longo tempo de espera para ser atendida no ambulatório de alto risco.

6.4 Casos de Baixo Risco sendo Referenciados no Alto Risco “O médico encaminha antes do risco acontecer”

Sob o pano de fundo do que, na opinião de um profissional da APS pode ser um fluxo que acontece “perfeito” - desde o ponto de vista desse nível de atenção surge uma dificuldade mencionada em entrevistas de profissionais de ambos níveis: o número considerado significativo de grávidas de baixo risco sendo referenciadas pela APS para o ambulatório de alto risco. Os profissionais contam que na triagem e nas primeiras consultas do pré-natal feita pelos médicos (da Estratégia Saúde da Família e pelo obstetra do centro de saúde da APS tradicional), muitas gestantes sem indicação clínica são

referenciadas para o alto risco, que já sofre com problemas de falta de profissionais; dessa forma a demanda de consulta especializada aumenta consideravelmente o que poderia ser evitado, pois muitas dessas gestantes podem ser tratadas no próprio Centro de Saúde na opinião de servidores de ambos os níveis. Na opinião do profissional que atua na atenção primária APS1.

“Muitas gestantes são encaminhadas sem indicação de ir para o alto risco e isso faz uma superlotação no serviço porque às vezes outro especialista ginecologista da unidade ou então o médico generalista não consegue tratar, ele encaminha para o alto risco e aí chega lá e poderia ser uma coisa que dava para ser tratada por aqui, mais o que está precisando fazer hoje, uma capacitação com todos os médicos que atende gestante para definir de fato o que encaminha e o que não encaminha.”

Uma profissional que atua no alto risco (Gestor3) confirma esse problema, e explica que *"a gravidez em si é um risco potencial"*, e que um tratamento bem feito quando o quadro da gestante ainda é considerado de baixo risco é o correto, mas com os problemas de horas de consulta semanais, as gestantes que realmente são consideradas de alto risco serão priorizadas.

“A gente observou também, que estava vindo casos que não eram casos de alto risco, toda gravidez é de risco, mesmo sendo de baixo ou alto ela é de risco, gravidez é um risco em potencial então de uma consulta para outra a paciente tem que ser avaliada o risco dela então estava vindo pacientes encaminhadas, que assim o médico via o risco e já encaminhava antes que o risco acontecesse, é o certo? é o certo, porém aqui a gente não tem vaga para esperar o acontecimento, as vagas devemos priorizar as que realmente necessitam.”

Como explicação para esse elevado número de indicações de gestantes de baixo risco ao ambulatório do alto risco, referencia feita pelos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Centros de Saúde, a entrevistada (Gestor3) atribui à insegurança no atendimento dos médicos do ESF e à falta de atualização dos obstetras que atuam nos Centros de Saúde a esse elevado fluxo de indicações.

“[Os médicos da Estratégia Saúde da Família] não são especialistas, não são ginecologistas e nem obstetras e ai fizemos uma capacitação orientando o fluxo, que muitas vezes eles encaminham para o alto risco pela insegurança.”

Na opinião desta entrevistada, o fato de nem os profissionais estrangeiros advindos do programa Mais Médicos nem os profissionais brasileiros atuando no ESF serem especialistas, estava prejudicando o funcionamento do fluxo. A falta de contato entre os serviços ficou evidente, pois antes da capacitação proposta pelo PAISM, as gestantes eram referenciadas diretamente para o ambulatório de alto risco sem antes passar pelo obstetra do centro de saúde para uma avaliação mais detalhada do quadro da gestante.

6.5 Não Aderências dos Médicos do Alto Risco a Contrarreferência

Com a criação da Rede Cegonha em 2011, as diretrizes de acompanhamento da gestante tiveram mudanças na forma do atendimento, mudanças que, na opinião de um entrevistado, não foram bem aceitas por alguns profissionais obstetras. Na visão de alguns médicos a necessidade da volta da gestante do alto risco para a continuação do pré-natal depois que ela foi assumida pelo especialista é desnecessária.

Um dos médicos entrevistados que já atuou tanto no nível primário quanto no secundário da atenção (Gestor 2 / APS2) explica esse ponto de vista desses profissionais.

“A referência das pacientes que são consideradas de alto risco sempre foi feita pelos profissionais da atenção primária, tem uma ficha que eles preenchem e embaixo ta escrito referência e a contrarreferência, como a paciente vai para o alto risco e se ela vai ficar no alto risco então teoricamente ela não teria uma contrarreferência médica porque ela já foi assumida pelo médico do alto risco, isso no entendimento da categoria dos médicos, dos profissionais médicos, embora tenha tido umas orientações a partir da Rede Cegonha que ela [a paciente] deveria receber consultas do profissional do alto risco médico e do profissional da atenção primária.”

A partir de 2011 com a instituição da Rede Cegonha, muitos profissionais tiveram que mudar o modo de atendimento e seguir algumas diretrizes que estão previstas no programa e o (Gestor2/APS2) explica:

“Portanto nessa nova diretriz ela teria uma contrarreferência, mas do ponto de vista do fluxo do trabalho médico eu posso dizer que isso é um pouco estranho, pois se um médico assumiu e vai referenciar para outro, não sei como esta o entendimento dos profissionais mas até quando eu trabalhava era uma diretriz nova, nem todos sabiam

disso e mesmo os que sabiam nem todos concordavam, e eu não tiro um pouco a razão deles, porque quando você tem dois médicos cuidando de um mesmo paciente sem uma necessidade premente, porque tem pacientes que tem problemas com duas especialidades por exemplo mas sem uma necessidade evidente você pode começar a fazer condutas desordenadas para o paciente, ele fica sem saber qual médico seguir na orientação.”

A partir do discurso acima, podemos perceber que há uma falta de diálogo entre alguns médicos dos diferentes níveis de atenção, causando o choque de conduta, que é um problema que realmente existe, mas a decisão deles de simplesmente não aderir ao fluxo de contrarreferência que está previsto nas diretrizes da Rede Cegonha mostra-se necessária à construção de um processo de negociação e acordos entre esses profissionais para planejarem soluções ou caminhos a seguir para que esse fluxo funcione de forma efetiva.

Na opinião da profissional (GAR1) uma alternativa para evitar esse choque de conduta, seria o acolhimento no centro de saúde por uma equipe de enfermagem que poderia passar as informações necessárias no acompanhamento do pré-natal,

6.6 Consequências da falta do processo de referência e contrarreferência

O fato da paciente ser orientada por dois médicos diferentes pode sim trazer um choque de conduta, na visão desses profissionais esse choque poderá atrapalhar o acompanhamento. Mas com a falta do pré-natal realizado no centro de saúde a gestante poderá continuar a gestação sem muitas informações importantes para o cuidado da gravidez e do recém-nascido em aspectos não relacionados à doença que determina o alto risco (aleitamento, nutrição, imunizações etc).

A rede cegonha preconiza que o atendimento a gestante seja humanizado e que a realização de um pré-natal bem feito pode diminuir o índice de mortalidade materno e infantil. Para o profissional que atua na atenção primária (APS1) essa decisão de médicos assumirem a gestante do alto risco sem a devolução para o centro de saúde para dar continuidade com o pré-natal é errada.

“Eu acho errado, primeiro que eles não conseguem porque lá eles não têm disponibilidade de acompanhamento e o acompanhamento para ela é dificultado é difícil, porque quando ela entra na atenção básica no pré-natal todas as consultas dela já são pré marcadas, quando ela sai de uma consulta já sai com a próxima marcada, lá no alto risco elas não tem esse procedimento elas têm que procurar para marcar e acaba que em um desses momentos a gente perde a paciente.”

Na atual situação que o ambulatório de alto risco está passando, com apenas um médico trabalhando 20 horas semanais de atendimento para toda a demanda dos centros de saúde, a decisão desse profissional de não contrarreferenciar e assumir a gestante na continuidade de sua gestação ficaria inviável um cuidado integral da gestação; o cuidado tenderia a ficar centrado na doença.

6.7 Processo de Contrarreferencia em Construção

Nesse modelo de redes, a atenção primária tem papel importante que é de ser a ordenadora do cuidado, onde todos os problemas devem passar primeiro pela (APS) e caso seja necessário que aconteça referência para o nível que resolverá o problema do usuário, com isso o fortalecimento desse processo de referência é necessário. A necessidade da contrarreferencia nesse processo de acompanhamento é de grande importância em alguns casos para que se respeite um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) a integralidade.

Na região oeste de saúde especificamente em Ceilândia-DF ficou claro que a contrarreferencia ainda não é feita da melhor maneira possível, o profissional que já atuou tanto na atenção primária quanto na especializada (Gestor 2/APS 2) da sua opinião sobre esse processo.

“Está no momento de construção porque até então, até o começo desse processo de rede as pacientes eram mandadas para o alto risco e pronto, elas não voltavam para o centro de saúde, então era um processo que não existia a contrarreferencia para o centro de saúde, agora ele é um processo em construção, em alguma medida ele já tinha iniciado”.

Mesmo com essas dificuldades podemos observar que sim existe esse processo de contrarreferência mais ainda com muitas falhas, essa realidade é afirmada pelo profissional (APS1) que atua na atenção primária.

“[A contrarreferência] existe, mas não funciona da maneira ideal e hoje eu te falo o maior problema que a gente tem para ter esse atendimento de qualidade é recursos humanos”.

6.8 Responsabilidades da atenção primária da situação atual

Antes da efetivação do Rede Cegonha e do modelo de Redes de Atenção a APS atuava de forma individualizada, onde se passava a responsabilidade depois do encaminhamento e terminava a linha do cuidado, fato que é descrito pelo (Gestor2/APS2):

“Então em muitos momentos da atenção primária os profissionais já tinham uma postura de pegar essas pacientes e da sequência no pré-natal também na atenção primária que é uma coisa que não existia, se foi para o alto risco acabou minha responsabilidade.”

Pensamento antigo que influenciou na construção de um fluxo de referência e contrarreferência. A implementação do modelo de redes no sistema e as diretrizes da Rede Cegonha contribuíram para essa mudança de pensamento dos profissionais de que depois da paciente ser referenciada que seja necessário a contrarreferência para complementar o acompanhamento do pré-natal.

O entrevistado antigo gestor do PAISM que atuou também na atenção primária Gestor2/ APS2 explica que os profissionais da Atenção Primária estão cientes da volta das gestantes do ambulatório de alto risco.

“Isso foi uma coisa que mudou todo mundo da atenção primária sabia que tinha responsabilidade com a paciente, o que não significava que a paciente estava indo para o pré-natal no centro de saúde, porque ela poderia morar longe, não tinha contato. Mas da parte dos profissionais eles já sabiam, mas o processo não tinha se encerrado como que atingiu a meta até Abril 2015 (100% das gestantes no alto risco estão no centro de saúde? Isso não acontecia, uma porcentagem de quantos estava voltando eu não tenho, se era bom se era média eu não posso te dizer, a resposta mais adequada é, era um processo em construção”.

6.9 Responsabilidades do nível especializado

Da parte do nível especializado, os profissionais entrevistados relataram que é feita sim a contrarreferência, e que são orientadas a voltar ao centro de saúde para a continuação do pré-natal. A profissional que atua no ambulatório (Gestor3) contou sobre como é feito o procedimento.

“Quando eu atendo a paciente, se ela tem indicação de ficar no pré-natal de alto risco naquela contrarreferência eu coloco escrito encaminhado à consulta do pré-natal de alto risco, porém deve manter vínculo com o centro de saúde de referência.”

Como descrito pelas entrevistadas no alto risco, os profissionais fazem o procedimento correto de contrarreferenciar a gestante, com a orientação para que ela volte para o Centro de Saúde e continue o pré-natal. A profissional (Gestor3) quando indagada sobre o controle de monitoramento em saber se as gestantes realmente retornam para o centro de Saúde, a resposta é *“Não sei te dizer se elas voltam, não tem como eu te mostrar de forma documentada, mas devem voltar.”*

Mostrando que a articulação entre o ambulatório de alto risco e a atenção primária não existe e que a intervenção dos profissionais da atenção especializada em contrarreferenciar ficar apenas na orientação e no encaminhamento.

7. POSSÍVEIS INTERVENÇÕES/ PROPOSTAS PELOS ENTREVISTADOS

Após os relatos das dificuldades sobre a situação do fluxo de referência e contrarreferência, algumas intervenções foram descritas pelos profissionais, algumas já feitas na tentativa de melhorar o referido fluxo, e outras possíveis intervenções que poderiam ser aplicadas.

7.1 Capacitação dos Médicos da Atenção Primária

Uma intervenção que já está sendo feita, é uma “reciclagem” (de acordo com o termo usado pelos entrevistados) com os médicos da atenção básica. Os médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) não são especialistas, então se fez necessário essa capacitação, sobre os obstetras dos centros de saúde o motivo dessa capacitação é a falta de atualização de seus conhecimentos,

então eles ficam inseguros em tratar a gestante e já referenciavam para o alto risco.

O gestor da direção de atenção primária DIRAPS (Gestor 1) explicou sobre essa intervenção e sobre a importância de ter uma atenção primária resolutiva para que o processo de referencia aconteça da melhor maneira possível.

“O que eu preciso é de uma atenção primária mais robusta, a partir do momento que temos uma atenção mais robusta relacionada ao profissional. Eu tenho um segundo ponto que é tornar a atenção primária mais resolutiva através da capacitação dos nossos pré-natalistas fortalecendo o papel dos nossos enfermeiros e médicos que fazem o pré-natal então dando esses dois passos eu consigo trabalhar na questão de protocolos a serem trabalhados em atenção primária e atenção especializada o que é estabelecido em cada uma de suas variáveis que eu citei anteriormente das clínicas qual conduta a atenção primária tem que tomar, se há ou não necessidade de encaminhar ao especialista ou se pode permanecer na atenção primária mas para isso preciso de uma APS mais robusta com materiais humanos satisfatórios.”

Segundo a profissional responsável pelo PAISM/DIRAPS, foi criado um fluxo onde primeiro o médico da (ESF) referenciaria para o obstetra do centro de saúde e não mais diretamente para o alto risco do (HRC), passando pelo obstetra do centro que se for caso de alto risco a referência será feita. Fato explicado pela profissional (Gestor 3).

“Então normatizamos um fluxo que um médico da saúde da família ele encaminharia primeiro para o obstetra referencia dele e esse obstetra encaminharia para o alto risco se fosse necessário [...] Então assim, tem os médicos dos centros de saúde que estão recebendo esse pacientes da equipe da saúde da família e quando eles tem dúvida eles mandam para o centro de saúde e orientamos o médico do centro de saúde a fazer essa contrarreferencia também não só da gestante mas também da parte da ginecologia para que os cubanos pegue a rotina nossa também então já estamos atuando, mas mesmo assim se eles diagnosticarem que é alto risco tem indicação para alto risco a gente prefere que passe pelo obstetra para que ele encaminhe, então não estamos pegando direto da saúde da família”.

Com esse relato, fica evidente a formulação e intenção de implantar um novo fluxo de referência dentro da Atenção Primária entre o ESF e o Centro de Saúde, inserido no fluxo maior entre a APS e o GAR.

Essa intervenção segundo os profissionais está começando a ser efetivada em partes, pois o fluxo de gestantes de baixo risco sendo

referenciadas ao alto risco ainda é notório; como consequência dessa implementação parcial do fluxo “interno” na APS a existência da triagem no hospital é necessária, pois de acordo com o relato dos profissionais 40% das gestantes que são referenciadas voltam para os centros de saúde

7.2 Triagem realizada no ambulatório de alto risco

Outra intervenção para amenizar esse quadro é a triagem feita no próprio Hospital Regional de Ceilândia (HRC) ela é relatada pela profissional GAR 1 que atua na atenção especializada.

“Quando eu estava na chefia eu fiz uma triagem então ta funcionando, tem o doutor [no HRC] que faz uma triagem a paciente vem encaminhada do centro de saúde para o alto risco esse doutor que avalia e ver se a gestante tem condições de ficar aqui ou não então de 10 pacientes 6 ficam e 4 voltam para o centro de saúde e o problema pode ser resolvido lá.

É clara a tentativa de diminuição do número de gestantes de baixo risco no ambulatório de alto risco no HRC. Tem sido feita a proposta de remanejamento de um obstetra que atua na APS para fazer essa triagem. Mas devido à falta de recursos humanos para os atendimentos dessas gestantes e à precariedade do sistema essa tentativa de diminuir um problema, poderá criar outra dificuldade de atendimento na rede que é a falta de médico no Centro de Saúde. Este fato é relatado pelo gestor identificado como (APS1).

“As vezes fica até contraditório falar o que falta para poder melhorar essa referencia e contrarreferencia de gestante de alto risco só que a gente também enfrenta um problema que hoje ta acontecendo isso é o médico que ta trabalhando com a gente ginecologista ta trabalhando 5 horas lá no ambulatório do hospital para fazer uma triagem do alto risco”.

7.3 Orientação para a gestante retornar ao pré-natal no Centro de Saúde

O papel de uma comunicação efetiva entre profissional e gestante é de grande importância, principalmente na parte de orientação do que a mesma deverá seguir no prosseguimento do acompanhamento.

O fato de o profissional orientar a gestante de alto risco para retornar a contrarreferência é descrito em algumas entrevistas, como a realizada pela (GAR 1).

“Teoricamente era para voltar, as meninas da UnB [PET Rede-Cegonha/FCE/UnB] fizeram um fluxo, a gente orienta que façam as consultas paralelamente com o pessoal do centro de saúde, é para fazer [...] não sei te falar se elas estão acompanhando paralelo, mas que elas são orientadas a acompanhar elas são. Porque existe esse aviso e a enfermagem reforça a importância”.

Outro profissional (Gestor2) fala da importância de palestras em corredores para conscientizar as gestantes.

“Um das possíveis intervenções que poderiam mudar esse fluxo são as palestras junto as pacientes do alto risco”

A profissional (GAR1) também comenta sobre a preocupação do entendimento da gestante a importância da continuidade do pré-natal.

“Uma intervenção seria a captação da paciente pelo Agente Comunitário de Saúde, tem que ser a captação não tem outro caminho porque se ela não procura o centro de saúde ela não vai saber e é difícil”.

A importância da insistência de informar as gestantes é relatada pelos profissionais, mas que a conscientização das gestantes não depende apenas dos profissionais, outros fatores estão envolvidos como a distância do Centro de Saúde a casa da paciente, ou a disponibilidade da gestante que além de comparecer ao hospital para ser atendida nas consultas de alto risco também comparecer as atividades de pré-natal realizadas no Centro de Saúde.

7.4 Efetivação de propostas elaboradas durante o PET Rede Cegonha (2013-2014)

Uma tentativa de intervenção para melhorar o quadro do fluxo de referência e contrarreferência foi à criação do Programa Educação Trabalho (PET) Rede Cegonha que é um projeto entre parcerias do Ministério da Saúde e as Universidades no caso da Região Administrativa de Ceilândia e a UnB que está intimamente relacionado com as atividades de planejamento familiar justamente por atuar na área de orientação em relação ao planejamento

familiar e promoção da saúde do binômio da mãe-filho no puerpério e durante o pré-natal (TABILE, et al, 2015).

O relato do profissional (APS1) sobre o projeto que não trouxe muitos avanços na melhoria do fluxo.

“A intervenção foi até feita mais não melhorou que foi o PET Rede Cegonha e fizemos várias reuniões tanto na gestão local quanto na gestão da regional e tentamos articular isso, mais sinceramente o passo foi pouco, o que entrou nessa visão da gente que confrontava com a visão do ginecologista especialista e ficamos em uma situação desfavorável, esse é um ponto que tínhamos que entrar em um acordo, falar a mesma linguagem da atenção básica com o alto risco para eles aceitarem essa.”

O confronto de opiniões de médicos especialistas em relação às diretrizes do Rede Cegonha influenciou nos resultados do PET, neste relato fica exposta que a falta de negociação e a abertura desses profissionais a novas ideias e a iniciação de um diálogo entre os níveis de atenção foi a dificuldade maior da efetivação desse projeto e que poderia ser uma boa intervenção.

Percebe-se que existe uma imposição de uma capacitação para tornar a atenção primária mais robusta, para depois impor protocolos para melhorar o desempenho das atividades e melhorar o fluxo, em nenhum dos discursos dos profissionais que contribuíram para essa pesquisa fazia-se alguma alusão a propostas de diálogo entre os fluxos, fato que contribuiria na construção do processo de referência e contrarreferencia.

É de importância salientar que em um fluxo perfeito em que a gestante é atendida no alto risco e dá continuidade no pré-natal no centro de saúde, não significa que os problemas foram resolvidos, a alta carga de consultas no ambulatório e no pré-natal poderá fazer com que a gestante fique com uma agenda cheia, e dependendo da paciente podendo desistir ou faltar várias consultas devido ao grande número de idas aos estabelecimentos de saúde.

As dificuldades para a realização das intervenções foram referidas constantemente ao quadro da falta de recursos humanos e que esse é o motivo central para que as intervenções não sejam efetivas.

8. DISCUSSÃO

A falta no discurso analisado de um relato descrevendo um processo completo de referência e contrarreferência é reflexo dos problemas que eles enfrentam para tentar construir esse fluxo.

O número mínimo de profissionais no atendimento do ambulatório de alto risco, fato que foi reiterado várias vezes no decorrer das conversas entre o entrevistador e o entrevistado, é o principal problema que os servidores destacaram para construir o fluxo de referência e contrarreferência na Região Oeste de Saúde – Ceilândia.

O grande quantitativo de gestantes de baixo risco, sendo referenciadas pelos médicos generalistas da Estratégia Saúde da Família que encaminhavam a gestante diretamente para o ambulatório de alto risco sem uma avaliação prévia do obstetra do Centro de Saúde de referência, contribuiu para a lotação do serviço, já que o número de horas semanais de trabalho do médico especialista no HRC era pouco para toda a demanda.

Serra e Rodrigues afirmam que em relação aos recursos humanos é necessário considerar a formação e a experiência profissional, as condições de trabalho e a existência de mecanismos de educação permanente, para assegurar a atualização dos seus conhecimentos, no Brasil, a formação para a saúde da família é ainda recente e insuficiente em termos quantitativos e as condições de trabalho não são as ideais (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Para o autor desta pesquisa esses primeiros problemas citados, de falta de recursos humanos, e o grande número de encaminhamentos desnecessários são classificados como centrais, pois um problema complementa o outro, já que a falta de profissionais e o aumento da demanda atrapalha o acompanhamento da gestante, podendo deixá-la em uma grande fila de espera no HRC. Existe uma grande dificuldade de contratação para reposição desses profissionais, já que é necessário a realização de concurso,

levando a entaves burocráticos fora do alcance dos profissionais de saúde responsáveis pela gestão.

As fragilidades que os dois níveis de serviço sofrem, devem ser reconhecidas por ambos, Hartz afirma essa necessidade de reconhecer as dificuldades dos diferentes níveis e que esse reconhecimento poderá contribuir para uma construção de uma rede de atenção resolutive.

A integralidade funciona, obrigatoriamente através da integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ, 2004).

O primeiro passo foi dado na tentativa de “reciclagem” [Termo utilizado pelos entrevistados] dos profissionais da Estratégia Saúde da Família na tentativa de transformar a atenção primária mais robusta e eficiente e diminuir o fluxo de encaminhamentos desnecessários, contudo, para construir o fluxo de referência e contrarreferência só educação não bastaria. Segundo a mesma autora torna-se indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos (HARTZ, 2004).

A respeito da não aderência dos médicos do ambulatório a contrarreferência, diretriz que está prevista na Rede Cegonha onde o acompanhamento da gestante além de ser assumida por esse profissional no ambulatório, deverá ser acompanhado em conjunto com o pré-natal na atenção primária, para que as informações importantes a respeito da gravidez e o cuidado com a criança recém-nascida sejam passadas as gestantes.

Nas entrevistas o profissional que atuou nos dois níveis de atenção, identificado como Gestor2/APS2 descreveu esse fato, o choque de conduta entre os dois médicos dos diferentes níveis de atenção é um problema que poderá atrapalhar o acompanhamento da gestante, pois isso dificultaria o entendimento da paciente.

Na opinião do autor desta pesquisa esta preocupação que esses profissionais de não aderirem a contrarreferência no fluxo é plausível, mas

evidencia a falta de diálogo e negociação com os profissionais da atenção primária, essa existência de diálogos articulados entre os níveis é uma ferramenta eficaz na construção de um fluxo.

Segundo Olivares negociação na lógica de Redes é um processo dinâmico de interligação cooperativa e alianças estratégicas, que permite compartilhar as competências das partes para chegarem a objetivos comuns (OLIVARES, 2002).

Esse problema de choque de conduta vem combinado com a ideia de que para alguns desses profissionais a contrarreferência ainda é um processo em construção, já que antes da criação da Rede Cegonha os médicos não referenciavam as gestantes de volta para o Centro de Saúde para dar continuidade ao pré-natal, então conscientizar esses profissionais sobre uma mudança de conduta no atendimento e acompanhamento levará algum tempo já que segundo relato do profissional (Gestor2/APS2) alguns médicos da atenção especializada são resistentes às novas diretrizes propostas.

Para este autor a abertura de um diálogo entre os profissionais dos dois níveis de atenção poderia ter consequências vantajosas na construção do fluxo, pois se pensariam alternativas de melhorias do processo de trabalho e evitar choques de conduta. A profissional (GAR1) deu sua opinião para evitar esse problema, que na contrarreferência a gestante seja recebida apenas por uma equipe de enfermagem que poderia acompanhar a gestante no restante do pré-natal passando as informações necessárias.

Contudo, analisando essa intervenção ficou claro que o processo termina na orientação, o alto risco não tem um meio de controle para saber se as gestantes realmente estão voltando para os Centros de Saúde para continuar o pré-natal, fato que evidencia a inexistência de articulação entre os níveis. Para os autores, Serra e Rodrigues.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Para que haja uma articulação entre os serviços, e que o princípio da integralidade seja respeitado, a necessidade de um fluxo efetivo de referência e contrarreferência é a principal ferramenta para esses níveis se articularem.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado sobre a construção do processo de referência e contrarreferência com gestantes de alto risco na Região Oeste de Saúde – Ceilândia-DF, procurou saber através da opinião de alguns profissionais que atuam tanto no nível primário quanto no nível secundário da atenção, sobre a situação do referido fluxo e observou que muitos fatores podem dificultar a construção desse processo.

A inexistência de um processo de referência e contrarreferência, fato que foi reiterado pelos profissionais principalmente pelo pequeno número de recursos humanos que atendem no ambulatório de alto risco, dificultando todo o funcionamento do fluxo. Mas a falta de diálogo entre os profissionais entre os diferentes níveis de atenção, fatos que atrapalham a construção do referido fluxo.

Devido a essa situação de precariedade os profissionais são forçados a trabalharem com os recursos que tem em mãos, então reivindicar que os servires tenham contato com outros profissionais de outro nível por conta própria é difícil devido as dificuldades do dia-a-dia, se faz necessário que outro ator (gerência) facilite esse contato.

A partir dos resultados deste trabalho, podemos observar que a falta de recursos humanos, dificuldade que foi relatada por quase todos os entrevistados e foi classificada como problema central na construção do processo. O desfalque de profissionais pode dificultar todo funcionamento de um fluxo de referência e contrarreferência, em que um nível depende do outro para que o acompanhamento seja realizado de forma integral e efetiva.

A ausência de propostas de diálogos dos profissionais entre a APS e o GAR, para a construção do fluxo foi identificado nos relatos. O fato de impor cursos de capacitação, ou a decisão de assumir a paciente de alto risco sem

contrarreferência são exemplos de tomadas de decisão que não contribuem para melhoria do processo.

Outros problemas como a não aderência dos profissionais a contrarreferência, casos de baixo risco sendo referenciados ao alto risco também contribuem para dificultar o processo de trabalho dos profissionais.

O fato a ser reconhecido é que a contrarreferência ainda é um processo em construção, pois a resistência dos médicos do alto risco as diretrizes da Rede Cegonha se devem pelo pouco tempo de implementação, e a mudança forçada de atendimento e acompanhamento, e que poderá levar tempo para que esses profissionais possam aderir essas novas diretrizes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria. Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.**

Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>
Acesso em jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília, 2012

CARVALHO, V. C. P. ARAÚJO T. V. B. **Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.7 no.3 Recife, 2007.

CAVALCANTI P. C. S. **O modelo lógico da Rede Cegonha.** 26f. Monografia (Residência multiprofissional em Saúde Coletiva), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

CAVALCANTI, P. C. S et al. **Um modelo lógico da Rede Cegonha,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, dez, 2013.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil.**In: GIFFIN,K. & COSTA, S. (Orgs) **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,1999.

COSTA, A. M. **Política de Saúde Integral da Mulher e Direitos Sexuais e Reprodutivos,** Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, 2012.

DIAS, A. V. **Referência e Contra-Referência:Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência.** 2012. 36f. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

DOURADO, V.G. PELLOSO, S. M. **Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação,** 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **A cadeia do cuidado em saúde** in Marins J.J et al (org) **EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO**, Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM-Hucitec, 2011.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contrarreferência em saúde**. [Dissertação]. Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde, 2007.

FRATINI, J. R. G. SAUPE, R. MASSAROLI. **Referência e Contra Referência: Contribuição a Integralidade em Saúde**, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), 2008.

GIANNOTTI E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**. 2013. 124f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2013.

GIOVANNI, M. D. **Rede cegonha da concepção a implantação**. 2013. 94f. Monografia (Especialização em Gestão Pública). ENAP – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

HARTZ, Z. M., CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros"**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

LOBATO, L. V.C, GIOVANELLA, L. **Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica**. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, CARVALHO A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

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

OLIVARES, Jose Enrique Louffat. **Negociação para configurar o desenho da estrutura organizacional em rede**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 09, nº3, julho/setembro 2002. Disponível em: <http://www.regeu.sp.com.br/arquivos/v9n3art2.pdf>. Acesso em: 02 set 2015.

OLIVEIRA, A.E et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**, Rev Bras Ginecol Obstet. Vitória ES, 2014

RATTNER, D. **Saúde da mulher**. 2009.

Serra, C. G., Rodrigues, P. H. D. A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010.

Silva, A . H, Fossá, M. I. T. **Análise de conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos.** Qualitas Revista Eletrônica 16.1, Campina Grande, 2015.

SZWARCWALD, et al - **Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011.** Rio de Janeiro, 2014.

TABILLE, et al. **Impacto das atividades do PET-Rede Cegonha no índice de gestações de uma unidade de saúde.** Rio Grande do Sul, 2015

ANEXOS

Roteiro de perguntas para realização das entrevistas.

1. Importância atribuída ao fluxo de referência e contrarreferência na atenção da gravidez de alto risco;
2. Opinião sobre a situação do referido fluxo na Regional de Saúde de Ceilândia;
3. Explicações aventadas para essa situação;
4. Papel da atenção médica na ABS no cuidado da gravidez de alto risco;
5. Papel da atenção especializada no cuidado da gravidez de alto risco;
6. Possíveis intervenções para melhorar o fluxo;
7. Potenciais e dificuldades previstas para implementar essas intervenções;

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa: **CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERENCIA DE GESTANTES DE ALTO RISCO NA REGIÃO OESTE DE SAÚDE - CEILÂNDIA-DF: A OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS**, sob a responsabilidade do pesquisador **Romário Araújo Matias Rocha**. O nosso objetivo é analisar a opinião dos profissionais de saúde e gestores da atenção básica de saúde (ABS) e do ambulatório de gravidez de alto risco sobre as dificuldades na construção da articulação entre esses níveis de atenção no acompanhamento de gestantes de alto risco na regional de saúde de Ceilândia-DF.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

A sua participação será através de um questionário que você deverá responder no setor de _____ na data combinada. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____