



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA**

**VANESSA ROCHA PEREIRA**

**A construção da contrarreferência como elemento para  
estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações  
entre duas unidades de saúde do DF para este processo**

Ceilândia-DF

2013

**VANESSA ROCHA PEREIRA**

**A construção da contrarreferência como elemento para  
estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações  
entre duas unidades de saúde do DF para este processo**

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

2013

**VANESSA ROCHA PEREIRA**

**A construção da Contrarreferência como elemento para  
estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações  
entre duas unidades de saúde do DF para este processo.**

Trabalho de Conclusão de Curso 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, 07 de março de 2013.

---

Prof. Dr. José Antonio Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília

---

Profª. Drª. Mariana Sodário Cruz  
Universidade de Brasília

---

Prof. Dr. Otávio de Toledo Nóbrega  
Universidade de Brasília

Dedico esse trabalho a Deus, minha fortaleza e fonte de forças para a conclusão desse trabalho. E a minha família por todos esses anos de dedicação e amor.

Agradeço aos profissionais do Centro de Medicina do Idoso/HUB e do Hospital Regional de Ceilândia pela atenção dedicada e ao trabalho em conjunto, as minhas queridas amigas Nágila e Laisla pelo empenho e união na construção deste projeto, ao Prof. Iturri pela orientação e toda contribuição para minha formação e a minha família e amigos por acreditarem em mim e me incentivarem nesta caminhada.

## Resumo

A estruturação do sistema de saúde em Redes de Atenção é um dos grandes instrumentos para suprir as grandes demandas da população idosa, decorrentes do envelhecimento populacional. Embora existam normatizações a cerca da estruturação, os processos de trabalho são complexos, demandando negociações e pactuações constantes para que a prescrição e objetivos da norma sejam alcançados. Desta forma, este trabalho objetivou descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o Centro de Medicina do Idoso /Hospital Universitário de Brasília e o Hospital Regional de Ceilândia decorrido da intervenção das discentes de Saúde Coletiva, para mudança do sistema de contrarreferência entre as unidades, por meio da construção de um fluxo para este sistema. Para o alcance dos objetivos propostos a abordagem metodológica utilizada foi a pesquisa-ação, tendo como fonte de dados a revisão documental e observação direta intensiva, baseada na observação participante e entrevista. A apreciação dos dados permitiu visualizar o impacto das negociações e pactuações sobre o processo de trabalho e funcionamento das unidades, bem como as dificuldades que impedem a fluidez deste processo para que ele se torne constante e amplamente utilizado por todos os atores da rede.

Palavras chave: Saúde do Idoso; Redes de Atenção à Saúde; Referência; Contrarreferência; Negociações; Pactuações.

## **Lista de siglas**

APS	Atenção Primária à Saúde
CMI	Centro de Medicina do Idoso
CRASI	Centro de Referência de Atenção à Saúde do Idoso
DF	Distrito Federal
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
HUB	Hospital Universitário de Brasília
MS	Ministério da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4.REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
4.1 Antecedentes do SUS.....	13
4.2 Políticas Públicas para idosos .....	15
4.3 Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal.....	18
4.4 Redes de Atenção à Saúde: Referência, Contrarreferência e Integralidade. ....	19
4.5 Negociação na construção de redes de atenção .....	21
5.MATERIAS E MÉTODOS .....	24
5.1 Tipo de pesquisa.....	24
5.2 Instrumentos de pesquisa, universo e amostra .....	26
5.3 Análise de dados .....	27
5.4 Aspectos Éticos .....	28
6. RESULTADOS.....	29
6.1 Tema 1: Definição dos critérios de alta para iniciar a contrarreferência .....	30
6.2 Tema 2: Processos e fluxos para o encaminhamento de contrarreferência no Centro de Medicina do Idoso .....	33
6.3 Tema 3: Definição do percurso do usuário até Centro de Atenção Regional-Hospital Regional De Ceilândia .....	40
6.4 Tema 4: Processo de acolhimento do usuário contrarreferenciado na Unidade Regional.....	44
6.5 Tema 5: Oferta de serviços de cuidados para estes usuários no Centro de Atenção ao Idoso da Regional de Ceilândia.....	49



6.6 Reflexos do fluxo sobre o sistema de referência entre Atenção Primária em Saúde.....	51
6.7 Compreensão dos atores sobre o processo de negociações e acordos para as mudanças propostas .....	55
7. DISCUSSÃO .....	59
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66
APÊNDICES.....	70
ANEXOS .....	72



## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil tem passado nos últimos tempos pela fase de transição epidemiológica com redução na mortalidade por doenças infecciosas e transmissíveis e elevação na mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis; e pela transição demográfica com aumento contínuo da população idosa, resultado da redução nas taxas de mortalidade e fecundidade, e aumento da qualidade de vida e expectativa de vida. Este envelhecimento implica em novos padrões de comportamento na vida social, e conseqüentemente reflete na saúde. O reconhecimento da importância desta demanda já vem sendo trabalhada pelo setor saúde, principalmente, com a reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, incorporação da saúde do idoso como um dos compromissos prioritários do Pacto pela Vida. (BRASIL, 2006)

A ferramenta fundamental para o alcance das diretrizes da Política e das metas do Pacto é a organização da Rede de Atenção ao Idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), que é regulamentada pela Portaria nº 702/GM/MS, de 12 de abril, e Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril ambas de 2002, que criam os mecanismos e normas para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, com o intuito de oferecer atenção integral aos idosos. (BRASIL, 2002)

A concepção de Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa é composta por serviços de saúde, nos vários níveis de complexidade, que integram a rede do SUS. O estabelecimento do sistema de referência e contrarreferência é um importante meio para estruturação desta Rede, pois com ele haverá a real interligação entre as unidades com o encaminhamento dos usuários para serviços de maior densidade tecnológica (referência) ou para o de menor densidade (contrarreferência) (WATANABE, et al., 2009; BRASIL, 2010).

Embora existam normatizações a cerca da estruturação desta Rede e dos mecanismos de referência e contrarreferência, os processos de trabalho são complexos, permeados pela subjetividade de cada profissional e que não podem ser apenas padronizados e controlados, com prescrições verticalizadas dos modos de fazer as tarefas (SCHWARTZ E DURRIVE, 2007). Assim, as negociações e pactuações são elementos fundamentais nos processos produtivos, pois viabilizam a

operacionalização das ações de acordo com as especificidades de cada local. (OLIVARES, 2002).

Quando estas negociações e pactuações são constantes, e fazem parte deste processo também todos profissionais envolvidos no serviço, as chances de êxito das ações a que se propõem se torna maior (OLIVARES, 2002). Portanto, dada esta importância, este trabalho objetivou analisar e descrever o processo de construção de normas de trabalho para Rede de Atenção ao Idoso, no que diz respeito ao sistema de contrarreferência, existente entre o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal- CRASI, e o Centro de Atenção ao Idoso Regional de Ceilândia- DF, descrevendo como foram pactuadas as normas, critérios e acordos que irão pautar este processo.

Esta pesquisa se inicia no produto do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II, produzido pela autora deste projeto e outras duas discentes no semestre de 2011, além da orientação de um docente, realizado no CRASI, que no DF é chamado de Centro de Medicina do Idoso-CMI e Hospital Regional de Ceilândia-HRC, onde está situado o Centro de Atenção Regional. O produto se trata de uma proposta de fluxo para o processo de contrarreferência, construída por meio de processos sociais de diálogo, negociações e acordos entre as duas unidades. Essa proposta iniciada em Maio/2012 com as discentes que tiveram o papel de propor e fomentar o diálogo sobre a organização do processo de contrarreferência, ouvindo as necessidades do serviço. Em Julho e Agosto de 2012 a proposta foi apresentada aos gestores e em Novembro foi implantada como projeto piloto.

Por se caracterizar como uma pesquisa-ação, é importante destacar que até o momento deste estudo, pode-se identificar algumas mudanças importantes na situação inicial que foi acompanhada pela autora: estabelecimento de fluxos e normas de contrarreferência entre o CMI/HUB e a Regional de Saúde de Ceilândia; ampliação da noção de contrarreferência pela implementação da noção de acolhimento; implementação no HRC de um serviço de acolhimento para idosos; e ampliação desta oferta de serviço para da contrarreferência CMI-HRC, passando a fazer parte também o fluxo de referência da APS para o HRC na rede de saúde da Regional de Ceilândia.

Portanto, conhecer a realidade de serviços que estão se integrando como rede, observar como são feitas essas negociações/pactuações possibilitará a identificação de barreiras que impeçam a concretização da rede e o alcance de seus benefícios, como melhoria no acesso a serviços de saúde de qualidade, que é um dos elementos determinantes para um envelhecimento saudável e um nível de saúde satisfatório da pessoa idosa (MENDES, 2011). Além do que as informações obtidas podem contribuir para melhorias no próprio serviço como servir de orientação para outros.

## **2. JUSTIFICATIVA**

O Centro de Medicina do Idoso é um serviço de atenção ambulatorial especializada, e por ter esta característica é essencial para o acesso da população e garantia da atenção, que este serviço esteja ofertado de forma unificada, existindo comunicação entre o Centro e os diversos níveis de atenção, formando uma rede integrada, com sistema de referência e contrarreferência, viabilizando a continuidade da atenção ao usuário do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. (SOLLA & CHIORO, 2008)

Porém, durante a vivência no Estágio e com base em outra pesquisa realizada nesta unidade por Silva & Barros (2011), foi possível visualizar que a integração com as demais unidades ainda não é realidade. Atualmente, os processos de referência e contrarreferência ocorrem informalmente, por meio da iniciativa de alguns profissionais. Mesmo com as informações que os profissionais passam aos pacientes, os processos de busca dos estabelecimentos, de trâmite documentário, de marcação, de orientação aos familiares nem sempre são suficientes para que os usuários consigam finalmente acessar o sistema/serviços. Esta falta de articulação entre as unidades gera grande prejuízo para construção do sistema, no sentido de rede.

A existência de "clientes cativos", usuários que continuam utilizando o Centro de Referência por longos períodos depois de superado o motivo da atenção especializada, por não serem contrarreferenciados, causam a subutilização dos recursos ali dispostos, pois a longa permanência de pacientes em quadros estáveis

impede acesso de novos pacientes que necessitam dos tratamentos ali oferecidos. Além do que, o contrarreferenciamento destes pacientes a unidades mais próximas de sua residência contribuem para a garantia da preservação de sua autonomia, da sua capacidade funcional e sua reintegração familiar e social.

Embora seja considerada uma importante ferramenta para mudança desejada no setor saúde existem poucos avanços sobre a referência e contrarreferência, tanto teóricos como da divulgação de experiências exitosas, exigindo assim maiores estudos na área para que essa ferramenta atue efetivamente (FRATINI,2007).

Analisar como o CMI vem conduzindo a estruturação deste sistema de contrarreferência e seu apoio logístico, como estão sendo estabelecidos e pactuados os critérios, fluxos e normas para este processo, se estão sendo levados em conta apenas os aspectos técnicos- científicos e, ou operacionais também, possibilitará identificar as barreiras e os pontos facilitadores deste processo, bem como a construção de propostas viáveis que possam auxiliar o serviço na articulação com a rede.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal – Centro de Medicina do Idoso/Hospital Universitário e Centro de Atenção ao Idoso Regional de Ceilândia/Hospital Regional de Ceilândia, sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes considerados com critérios de alta.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Descrever e analisar o processo de negociação e acordos dos seguintes aspectos:

- Definição dos critérios de alta para iniciar a contrarreferência;
- Dos processos para o encaminhamento de contrarreferência no Centro de Medicina do Idoso;
- Definição do percurso do usuário até o Centro de Atenção regional;

- Do processo de acolhimento do usuário contrarreferenciado na unidade regional;
- Da ampliação da oferta de serviços de cuidados para estes usuários no Centro de Atenção ao Idoso da regional de Ceilândia.

#### **4.REFERENCIAL TEÓRICO**

Para que o direito à saúde das pessoas, e principalmente dos idosos, pudesse ser garantido pelo Estado, muitos foram os anos de discussões que levaram a inclusão desse direito na Constituição Federal e a consolidação do Sistema Único de Saúde. A conquista está atrelada ao processamento dos direitos sociais como um todo, com forte participação de movimentos sociais. Porém há a necessidade do conhecimento de algumas fundamentações teóricas para que se possa compreender todo este processo, bem como a relação e importância entre a saúde do idoso e o sistema de contrarreferência.

##### **4.1 Antecedentes do SUS**

Como apontado por PAIM (2009), o sistema público de saúde brasileiro teve com precedentes três subsistemas: saúde pública, a medicina do trabalho e a medicina previdenciária, que atuavam de forma desarticulada, cada um com sua concepção a cerca da saúde. Estes subsistemas eram voltados para coletividade apenas com foco em ações de prevenção, a outra destinada aos funcionários de empresas para que estes não adoecessem e o último voltado apenas para os que contribuíam com a previdência, ou seja, apenas os que estavam inseridos no mercado de trabalho possuíam o direito de ter acesso aos serviços médicos.

Os segregados destes subsistemas eram sujeitados ao modelo liberal privado que eram serviços oferecidos pelas Santas Casas e instituições de caridade, ou aqueles que pudessem, pagavam diretamente o médico, este por sua vez, possuía ampla autonomia profissional e decidia preços, normas e condições para o atendimento. Formou-se assim na saúde uma forte relação comercial de compra e venda, em que a lógica de mercado, seguindo os ideais capitalista, se sobrepujam ao valor da vida, as necessidades e sofrimento do paciente (PAIM, 2009).

Desta forma, o sistema era totalmente segmentado e desarticulado, sendo insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz; autoritário; centralizado; corrupto e injusto (PAIM,2009 ; PAIM, 2008). As crises políticas e econômicas entre a década de 70 e 80 no país, levaram ao fim este modelo de atenção, impulsionando também a participação ativa da sociedade para propor um novo modelo de organização da saúde que fosse democrático. (FALEIROS et al., 2006). Este movimento social, que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira (RSB) era composto por membros do movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil articulado ao meio acadêmico e sociedades científicas. (CORDEIRO, 2004).

Através dos movimentos da RSB, dos simpósios e conferências nacionais de saúde foram se conformando as propostas a cerca de um sistema de saúde, na busca de garantir a saúde como um direito, compreendendo esta de forma ampla, com a interligação dos determinantes sociais para o processo saúde-doença. Um dos frutos destas propostas foi o conjunto de princípios e diretrizes para criação do SUS advindos destes simpósios e conferências que trouxeram o aporte para a elaboração dos textos legais para a sua criação, e suas leis orgânicas, lei nº 8.080/90 que dispõe sobre a organização e funcionamento do serviço, relacionados à gestão, competências e atribuições de cada ente federado na busca pela promoção, proteção e recuperação da saúde; enquanto que a lei nº 8.142 dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do SUS, e também regulamenta a gestão dos recursos financeiros da saúde. (PAIM, 2009; MATTA, 2008; BRASIL,1990a; BRASIL, 1990b)

Os princípios doutrinários estabelecidos pela legislação são de universalidade – garantia de acesso ao serviço em todos os níveis de assistência-; equidade – assegurar que seja oferecido o serviço de acordo com a complexidade que cada caso requeira-; integralidade - se refere à conformação do serviço de forma articulada entre as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, para que o indivíduo seja atendido de forma ampla compreendendo-o biologicamente, psicologicamente e socialmente.

Já os princípios organizativos do sistema são: Regionalização e Hierarquização – serviço dividido em níveis hierárquicos de complexidade



tecnológica, sendo disposto regionalmente de acordo com a população a ser atendida. Com isto o acesso da população ao sistema deveria se dar através das unidades básicas que devem ser qualificadas para atender e resolver os principais problemas de saúde da população, e quando não for possível encaminhar para os níveis de maior complexidade; Resolubilidade - exige que o serviço esteja pronto para atender e resolver o problema do indivíduo ou de impacto coletivo, de acordo com o nível de sua competência; Descentralização – é a distribuição das responsabilidades das ações e serviços de saúde entre os níveis de governo (Federal- Estadual- Municipal), pois com esta lógica a tomada de decisão estando mais perto do problema possibilita maior chance de sucesso; Participação dos cidadãos – participação da população para formulação de políticas de saúde e controle social por meio dos Conselhos e Conferências de saúde; e por último a Complementaridade do setor privado, em que este setor atuará quando por insuficiência do setor público houver a necessidade de contratação de serviços. (BRASIL, 1990c)

#### **4.2 Políticas Públicas para idosos**

Como advento do SUS e da crescente demanda relacionadas ao envelhecimento da população, foi se tornando cada vez maior a preocupação com este público o que levou o Estado a intervir para que os direitos sociais fossem garantidos, o que exigiu a formulação de políticas públicas para esta faixa etária, visando melhorias na qualidade de vida, de sua autonomia para que este pudesse estar inserido na sociedade.

Anteriormente à década de 30 não existia nenhum tipo de intervenção do Estado sobre as questões do envelhecimento, somente em 1934 na Constituição Federal, foi incluído a questão de proteção do trabalhador com a instituição da previdência, ou seja, apenas os idosos que trabalhavam possuíam este direito. Ao longo do tempo a mobilização social foi crescendo e pressionando melhorias políticas para a população, culminando na garantia de alguns direitos dentro do Capítulo de Seguridade Social, que inclui também a sessão de Saúde, na Constituição Federal de 1988. (ESCOBAR, 2009)

Neste período de conquistas de direitos e compreensão da importância de políticas públicas destinada aos idosos, eventos científicos promovidos pela Associação Nacional de Gerontologia que discutiam o idoso no Brasil produziu o documento “Políticas públicas para a Terceira Idade nos anos 90” que embasou a formulação da Política Nacional do Idoso, juntamente com outras ações que vinham sendo desenvolvidas nos anos 90. (ESCOBAR, 2009; CARVALHO, 2011)

A Política Nacional do Idoso, então, foi promulgada em janeiro de 1994, Lei nº 8.842 tendo como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Art. 1º). A política busca através da promoção de ações intersetoriais para viabilizar programas sociais que garantam a melhoria da qualidade de vida dos idosos dando amparo para estas pessoas neste processo de envelhecimento, estabelecendo as competências das entidades e dos órgãos públicos. Um dos meios de assegurar estes direitos foi o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/ 2003) com função de ser uma carta de direitos, que embasa o controle do Poder Público para efetivação destes direitos. (CARVALHO, 2011) (ESCOBAR, 2009)

Estas três legislações: Constituição Federal de 1988, Política Nacional do Idoso e Estatuto do Idoso trazem contribuições a cerca da garantia à saúde para os idosos, assegurando atenção integral ao idoso em todos os níveis de complexidade do SUS, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde. (CARVALHO, 2011). Embora já existisse a Política Nacional de Saúde do Idoso, a Portaria GM/MS nº 702/2002 que cria os mecanismos para organização e implementação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e as outras legislações citadas acima, a prestação do serviço ainda não ocorria de forma devida; à prática ainda era deficiente, necessitando assim a reformulação da política.

A reformulação se deu através do Decreto nº 2.528, em 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSPI, como resultado do Pacto pela Vida que estabeleceu um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados entre as três esferas de governo, entre as quais se encontra o atendimento à população idosa como uma das seis prioridades, impulsionando assim a reforma na política para que as ações estratégicas fossem capazes abranger a complexidade do envelhecimento.

A PNSPI busca recuperar, manter a autonomia e independência do idoso, por meio de ações coletivas e individuais. O modelo de atenção fica então sustentado em linhas de cuidado que compreendem todo contexto do usuário; com fluxos estabelecidos para que se torne possível o acesso a todos os níveis de atenção de acordo com as necessidades do indivíduo. Este tipo de organização traduz a ideia de Redes de Atenção que visa à integração entre todos os níveis de cuidado, sendo um importante meio para garantia dos princípios doutrinários do SUS, dentre eles a integralidade, através o estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência; com isso se evita a duplicidade de ações, corrige as distorções e potencializa a rede. (BRASIL, 2006).

Ainda que isto esteja estabelecido na legislação à organização destes fluxos, e as definições das responsabilidades de cada esfera de governo e nível de atenção, na prática isto ainda é incipiente, o que prejudica o atendimento integral à saúde do idoso, visto que este necessita de uma atenção não restrita a um único nível de atenção, mas sim que perpassa por todos eles, devido ao seu perfil epidemiológico. De acordo com a Portaria 702/02 já citada, que dispõe sobre as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e sua reformulação a partir da PNSPI, esclareceu as competências de cada nível de atenção. (TELLES, 2007)

Desta forma, ficou estabelecido que: a atenção Básica seria a porta de entrada ao serviço, porém devido à precariedade do conhecimento sobre o envelhecimento neste nível, há necessidade de investir na capacitação dos profissionais e instrumentalizar uma prática mais adequada; a atenção de média especificidade e ambulatorial está organizada para atender os principais problemas que demandem uma atenção especializada, sendo essencial assim para a continuidade de atenção básica; e o último nível sendo a alta especificidade que se caracteriza por procedimentos que envolvem alta tecnologia “objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os demais níveis de atenção à Saúde”.(TELLES, 2007)

Para melhor organização da alta especificidade, em função da organização de redes, está inserido neste nível o Centro de Referência em Assistência à saúde do Idoso, conforme estabelecido na Portaria GM nº 702/2002, em que está localizado estrategicamente na rede para “servir como referência e contrarreferência da

Atenção Básica aos demais níveis, (...) e ampliar a atuação do atendimento ambulatorial especializado e ensino/educação". (TELLES,2007.p.6)

O Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, possui um papel estratégico dentro desta rede de atenção ao idoso, que dispõe de condições técnicas e físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para assistência à saúde do idoso de forma integral, oferecendo serviços de internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, servindo assim de referência e contrarreferência para atenção primária e dos demais níveis de atenção(TELLES, 2007; BRASIL,2002)

#### **4.3 Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal**

Para o cumprimento das diretrizes da política, e da portaria que estabelece a criação dos Centros de Referência, foi cadastrado no Distrito Federal em 2002, o Centro de Medicina do Idoso- CMI, situado no Hospital Universitário de Brasília. Ele funciona como um serviço ambulatorial especializado que presta assistência médica na área de geriatria e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão, tendo como foco os problemas de demência, principalmente da Doença de Alzheimer, sendo considerado um Centro de Referência Especializada nesses casos, porém, isso não exclui totalmente os serviços de geriatria geral. A partir disso, tem como missão ser excelência diagnóstica em enfermidades geriátricas e gerontológicas.

Os serviços prestados atendem a uma demanda espontânea, porém para iniciar o acompanhamento no Centro o paciente passa pelas seguintes etapas: paciente entrega a ficha de encaminhamento preenchida por um médico de sua escolha ao CMI; em uma pré-triagem, a ficha é então analisada pela equipe do CMI que seleciona pacientes que realmente necessitam de um atendimento especializado, assim algumas fichas serão devolvidas e outras a secretária ligará para marcar o dia do ambulatório de triagem; após este processo, os pacientes que não apresentarem nenhum grau de demência serão encaminhados ao ambulatório de geriatria geral ou a outros serviços da Secretaria de Saúde do DF, já os com diagnóstico de demência serão encaminhados ao acolhimento; a primeira consulta

médica e o acolhimento com a equipe multidisciplinar que definirá o projeto terapêutico e os outros encaminhamentos necessários.

Assim, a partir do momento que o paciente der entrada no serviço ele será atendido por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais das seguintes áreas: odontologia, educação física, psicologia, neuropsicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, farmácia e clínica médica. Tendo assim, no atendimento, uma abordagem holística sobre o processo saúde-doença, permitindo maior eficácia no tratamento.

Fato que desperta atenção é de que, mesmo a Portaria nº 702 instituindo os Centros como parte de uma rede de assistência, esta rede não está bem estruturada, visto que somente em 2010 por meio da Portaria nº 181 emitida pela SES/DF, é que o CMI passou a ser unificado a SES-DF, compondo assim uma rede. Porém conforme o pesquisa realizada por Silva & Barros em 2011, em quatro regionais do DF (Samambaia, Recanto das Emas, Taguatinga e Ceilândia), demonstrou que em Samambaia e no Recanto das Emas, os profissionais desta região desconheciam completamente o serviço prestado pelo CMI, enquanto as outras duas tinham o conhecimento, porém é importante destacar que as geriatras que atuam nesta região também atendem no CMI, o que provavelmente contribuiu para que se tivesse esse conhecimento. Isto representa uma grande falha, pois o CMI está inserido na atenção especializada e necessita da articulação entre os demais níveis para que a população tenha o acesso ao serviço que necessita.

#### **4.4 Redes de Atenção à Saúde: Referência, Contrarreferência e Integralidade.**

O Ministério da Saúde, na portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define redes de atenção á saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). As redes de atenção são essenciais para a atenção especializada, pois, garantem que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja na localidade onde residem ou fora dela através de referências intermunicipais ou até mesmo, interestaduais. Surge daí, a importância do

estabelecimento do sistema de referência e contrarreferência entre os diversos níveis de atenção, onde ocorre o encaminhamento dos usuários para serviços de maior ou menor complexidade tecnológica.

Colocar em prática o processo de referência e contrarreferência desde as unidades de menor especificidade as de maior especificidade resultaria em um rápido atendimento, evitando a prestação dos mesmos serviços em diferentes níveis e serviços. O conhecimento completo deste sistema faz com que o atendimento de saúde ocorra mais rapidamente e minimize o risco de falha na prevenção, além de sua contribuição na construção do princípio da integralidade de saúde, que se revela na necessidade da integração entre os serviços por meio das redes, destacando a interdependência entre os atores e organizações, visto que um complementa o outro para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida. (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A atenção integrada, segundo Mendes, é compreendida como um meio de melhorar o acesso, a qualidade, a satisfação do usuário e a eficiência dentro de um quadro geral de melhoria da equidade (MENDES, 2011). É extremamente importante que o paciente volte ao nível primário ou intermediário, conforme a necessidade para que possa ter um acompanhamento mais próximo do profissional. No caso dos pacientes do CMI que possuem algum tipo de demência, a importância se torna ainda maior, visto que, a demência traz grandes limitações sociais, pois, há perdas cognitivas e comprometimento da memória de forma progressiva, com prejuízo para realização das atividades sociais e ocupacionais do indivíduo, e o acompanhamento do indivíduo, diante desses aspectos só é possível através das equipes que estão mais próximas da realidade do indivíduo e do seu ambiente social.

Conforme a PNSPI, a atenção integral para este segmento populacional deve estar estruturada de tal forma que compreenda o usuário como um todo, em seus direitos, necessidades e preferências, estabelecendo fluxos bidirecionais que aumentem e facilitem o acesso a todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2006)

O sistema de referência e contrarreferência é um meio importante para operacionalizar esta atenção integral e consolidar o SUS, porém para isto é preciso que haja conhecimento dos serviços disponíveis perante as necessidades da

população para construção de uma rede de referência de casos, necessitando assim de comunicação nos dois sentidos, entre diferentes níveis do sistema. Havendo esta interlocução também se faz necessário à existência de normas e procedimentos claros de em quais circunstâncias devem ocorrer a referência e, ou contrarreferência, além dos registros deste processo e de toda comunicação feita para que ele ocorresse, resultando assim na melhora da qualidade da assistência. (FRATINI, 2007).

Este sistema, apesar, de ser considerado como a base de mudança almejada no setor saúde, ainda, se encontra numa etapa de pouco desenvolvimento, tanto no sentido teórico, quanto na efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não, exigindo assim maiores estudos para que essa ferramenta atue efetivamente. (FRATINI, 2007). Quando não há a efetivação deste sistema, principalmente do fluxo inverso, de contrarreferência, as instituições produzem a atenção com uma clientela cativa, cujos problemas e ou cuidados poderiam ser realizados em outras unidades de menor especificidade, bloqueando assim o acesso daqueles que necessitam de utilizar os serviços de maior especificidade.

No caso da especialidade de geriatria sabe-se que há uma escassez deste profissional e que são recursos caros à rede, assim devem ter seu trabalho dirigido para o atendimento aos pacientes que realmente necessitam de um especialista, compartilhando assim seus conhecimentos com outros profissionais da rede, como Clínico Geral para que ele compreenda alguns critérios para que encaminhe corretamente ao geriatra, sem criar uma demanda desnecessária; e que este também esteja apto para receber o paciente de volta quando ele for contrarreferenciado; e isso é possível através de um fluxo adequado de referência e contrarreferência.

#### **4.5 Negociação na construção de redes de atenção**

Dado o conceito de redes de atenção, como já citado sendo “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010) se mostra evidente, dada a característica de integração das partes, a importância e necessidade do processo de

negociação para que estes sistemas técnicos, logísticos e de gestão funcionem e alcance o objetivo da integralidade.

O termo negociação é conceituado por Junqueira (1993) como sendo um processo em que dois ou mais atores, com interesses em comuns, porém conflitantes, dialogam e discutem um possível acordo. Sendo que esta negociação só é possível quando as duas partes envolvidas estão interessadas em negociar para chegarem a um acordo.

Dentro da lógica de redes, a negociação apresenta uma definição diferente, como destaca Olivares (2002) em que é “*um processo administrativo dinâmico de interligação cooperativa das alianças estratégicas*”, que permite compartilhar as competências das partes, na procura de objetivos comuns. Por ser um processo administrativo dinâmico a negociação deve ser planejada, dirigida e controlada de forma constante e permanente, ou seja, durante e depois do desenvolvimento da negociação (OLIVARES, 2002)

Para que este processo seja constante é preciso que as unidades estejam sempre integradas, formando alianças estratégicas, como cita Olivares (2002). Esta integração e as alianças estratégicas também são lembradas por Mendes (2011), quando fala da organização da rede de atenção e sua efetividade, eficiência e qualidade. Para ele, as alianças estratégicas são necessárias para que cada serviço se especialize em sua função, finalidade, evitando a dupla prestação de serviço, para que atuem de forma complementar.

Esse compartilhamento, integração entre as partes é extremamente necessário para rede, devendo sempre buscar superar as resistências e conflitos que são comuns aos processos de negociação, para que se possa alcançar o objetivo em comum, que é de prestar atenção integral e contínua. Quando estes processos não ocorrem os serviços que compõem a rede atuam de forma fragmentada e fortemente hegemônicos se organizando

[...] 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 à população.[...]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).

Esta fragmentação e desarticulação dificultam a inserção e o andamento de processos de negociação dentro da gestão, sendo que é um elemento essencial para efetivação da rede de atenção. E, enquanto estes processos não ocorrem, enquanto os serviços não forem integrados o objetivo de prestar atenção integral dificilmente será alcançado. Além do que, continuará prevalecendo o modelo biomédico voltado apenas para o biológico em detrimento de seu contexto social, com serviços voltados para o atendimento a condições e eventos agudos. (MENDES, 2011).

## 5. MATERIAS E MÉTODOS

### 5.1 Tipo de pesquisa

O objeto deste estudo é o processo de pactuação institucional de algumas normas para o processo de contrarreferência entre duas unidades de saúde, Centro de Medicina do Idoso e Hospital Regional de Ceilândia que integram a Rede de Atenção ao Idoso do DF. A construção destas pactuações partem de negociações, diálogos, entre os atores envolvidos, que culminam em acordos e posteriormente normas para o processo de trabalho.

Diante disto, para o alcance dos objetivos a qual o estudo se propôs, em descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o CMI/HUB e HRC, sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes em estado de alta, a abordagem metodológica utilizada foi a de pesquisa-ação. Esta abordagem, segundo Thiollent (1986, p. 14) é caracterizada por ser:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Assim, com esta interação entre o pesquisador e o pesquisado, a construção do conhecimento é coletiva, havendo a participação de todos para o alcance do objetivo deste tipo de abordagem metodológica que é de “resolver, ou, pelo menos, esclarecer os problemas da situação observada”. (THIOLLENT, 1986, p.16)

A escolha da pesquisa-ação se justifica pelo fato de que, a identificação do problema partiu das experiências do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva II da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, nas instituições de saúde envolvidas, Hospital Universitário de Brasília e Hospital Regional de Ceilândia. O problema identificado se tratava da falta de um fluxo de contrarreferência estabelecido, o que ocasionava baixa rotatividade de pacientes no Centro de Medicina do Idoso, impedindo a entrada de novos pacientes e subutilização da unidade. Um breve levantamento feito nas contrarreferências realizadas entre o CMI

e o HRC, no período de Janeiro a Março de 2012 foram apenas 5 pacientes contrarreferenciados.

Após a identificação da situação problemática foi feita uma pesquisa preliminar com revisão de literatura sobre redes de atenção e sistema de referência e contrarreferência, além da análise da situação para descobrir a causa, com observação da realidade da unidade do CMI e do serviço de geriatria no HRC. Com base nas informações levantadas, em diálogos com profissionais de ambos os serviços, foram discutidas possíveis explicações para que a contrarreferência entre o CMI e HRC não estivessem dando certo. As possíveis explicações são: dificuldade em convencer o paciente em ser contrarreferenciado; dificuldades no percurso, não encontrando o local, por falha no repasse das informações e falta de instrumentos para busca ativa e controle dos que foram contrarreferenciados.

Identificadas as barreiras no serviço, o passo seguinte foi a construção de uma proposta de fluxo de contrarreferência entre o CMI e a geriatria do HRC (Apêndice I e II). Nesta fase, com a participação de ambas as unidades, foi discutido, negociado e pactuado cada aspecto do fluxo desde o início da contrarreferência, como encaminhar, o percurso a ser feito pelo usuário, o acolhimento e o serviço a ser prestado na unidade de contrarreferência.

A proposta foi apresentada em ambas as unidades e serviu para catalisar este processo de negociação entre os atores. Destacando que, somente em 2010 o CMI passou a ser reconhecido pela SES como parte da Rede de Atenção do DF, ou seja, estes processos de reconhecimento e negociação entre as unidades ainda vêm ocorrendo, e são recentes. Após esta apresentação aos gestores e técnicos, a sua implementação foi negociada e está em andamento desde novembro de 2012. Portanto, esta experiência de vivenciar a ação de negociações, possibilitou a visualização do problema acerca da construção da Rede de Atenção ao Idoso, no que diz respeito ao processo de construção de normas de trabalho em saúde do idoso, entendendo o termo “trabalho em saúde” como sendo os procedimentos operacionais necessários para realização da contrarreferência.

O trabalho em saúde é realizado por diversos profissionais, com formações e vivências diferentes, concepções transformadas por contextos sociais, que envolvem a subjetividade do indivíduo, e na execução de seu trabalho, ele “se dá normas, se

autolegisla e recria saberes, valores e novas normas, dificultando a gestão” (SCHWARTZ,1998 apud Scherer,2009).

Desta forma, a articulação entre pesquisador e os profissionais, gestores e técnicos, envolvidos, possibilitou a identificação destes fatores que influenciam a construção e execução das normas, possibilitando evidenciar possíveis barreiras que impeçam a implantação de propostas como a citada acima, prejudicando assim a estruturação da rede de atenção ao idoso.

## **5.2 Instrumentos de pesquisa, universo e amostra**

A pesquisa, portanto, foi realizada no Centro de Referência de Assistência ao Idoso do DF, denominado Centro de Medicina do Idoso- CMI, situado no Hospital Universitário de Brasília, e no Centro de Atenção ao Idoso da regional de Ceilândia, localizado no Hospital Regional de Ceilândia, no período de Outubro de 2012 a Março de 2013, a partir da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa. Sendo a coleta de informações baseadas nas seguintes técnicas de pesquisa: revisão documental e observação direta intensiva.

A revisão documental teve como fonte de dados, retrospectivos e contemporâneos: os arquivos públicos, sendo estes documentos oficiais que trazem o arcabouço legal sobre a estruturação da Rede de Atenção ao Idoso e organização do serviço, bem como outros documentos oficiais internos das instituições; e arquivos particulares das instituições que não são caracterizados como oficiais, mas que trazem alguma informação a cerca de normatizações do processo de trabalho.

A observação direta intensiva que foi realizada através de duas técnicas: observação e entrevista. A observação participante em que “consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo”, (LAKATOS & MARCONI,2003), e participa das atividades do grupo, atividades sendo essas as reuniões e espaços de discussão para negociação das normas para o processo de contrarreferência. A outra técnica, foi a de entrevista do tipo semi-estruturada, com elaboração de um roteiro com os tópicos relativos ao problema estudado, que orientou o diálogo (Anexo I). Para entrevista o registro dos dados se deu por meio da gravação do áudio, com autorização dos pesquisados através da assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa. (Anexo II e III)

Por se tratar de um estudo qualitativo buscou-se obter os dados mediante contato direto e interativo com as instituições estudadas. A amostra de estudo foi de cinco participantes, entre gestores e técnicos que participaram da construção da proposta, onde cada um contribuiu para compreensão do processo por meio dos variados pontos de vista e perspectivas, sendo assim, cada ator envolvido, seja gestor ou profissional de saúde, foi considerado uma fonte de informação em potencial.

### 5.3 Análise de dados

A análise dos dados esteve baseada na técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardim (2009, p. 42) é

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.”

Dentre as vertentes desta técnica, a utilizada foi a análise temática, que possibilita melhor compreensão do discurso, por meio do desmembramento do texto em unidades, como frases e sentenças, que de acordo com Minayo (2000 p.210) permitem “*descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado*”, através de três passos: pré-análise - consiste na escolha dos documentos a serem analisados; exploração do material - consiste essencialmente na operação de codificação; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Desta forma, a análise esteve baseada nos seguintes **temas** relacionados ao fluxo proposto:

1. Identificação dos critérios de alta para iniciar a contrarreferência;
2. Processos de encaminhamento no Centro de Medicina do Idoso;
3. Percurso do paciente até o Centro de Atenção Regional;
4. Processo de acolhimento do usuário contrarreferenciado na unidade regional;

5. Oferta de serviços de cuidados para estes usuários no Centro de Atenção ao Idoso da regional de Ceilândia.

Para cada uma dos temas descritos acima se buscou descrever os **quatro momentos do processo de negociação** ocorrido no período de Maio/2012 a Janeiro/2012:

- 1º. Situação de partida – como era este processo antes da proposta ou como este processo ainda é por não ter sido alterado pela proposta;
- 2º. Proposta inicial de modificação;
- 3º. Modificações da proposta e negociações realizadas;
- 4º. Situação da implantação, acordos e indefinições até o momento da conclusão do estudo.

As falas citadas ao longo dos resultados não possuem identificação nominal e estão representadas apenas como: E1, E2, E3, E4 e E5.

#### **5.4 Aspectos Éticos**

Em cumprimento as diretrizes e normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida em 2012 ao Comitê de Ética em Pesquisas - CEP da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sendo ele o CEP da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS.

Em decorrência da outra exigência estabelecida, que é do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que formaliza a anuência voluntária do sujeito em participar da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa preencheram e foram informados sobre a pesquisa, seus objetivos, justificativa, procedimentos metodológicos, tempo de duração, garantia do sigilo dos dados obtidos, e da possibilidade de abandonar a pesquisa ou se recusar a responder alguma pergunta da entrevista. Para a gravação do áudio, durante a entrevista, os participantes também poderiam, opcionalmente, assinar o termo de autorização.

## 6. RESULTADOS

Anteriormente a proposta deste novo fluxo de contrarreferência, o CMI não possuía um fluxo estabelecido com as demais unidades de saúde para o encaminhamento de pacientes, porém existiam alguns processos para isso, o que demonstrava o interesse e necessidade de encaminhar o paciente para a contrarreferência. Os processos para isto eram informais e estavam fortemente relacionados ao conhecimento que o profissional do CMI tinha sobre o serviço de geriatria para o qual ele estava encaminhando.

A contrarreferência estava baseada no julgamento individual critérios de alta, que serão tratados mais abaixo, e no preenchimento da ficha de encaminhamento que o CMI elaborou para organizar a sua contrarreferência. Assim, identificado os critérios, o profissional preenchia a ficha. Este era o documento que continha as informações pessoais e clínicas do paciente, e mediante o qual, a partir daquele momento, o usuário deveria ser acompanhado na unidade para qual estava sendo encaminhado. Apesar da utilização desta ficha, as contadas tentativas de contrarreferência nem sempre era bem sucedidas, o que fazia com que o paciente retornasse ao CMI com reclamações.

Deste modo, parte do problema era causado pela ausência de um fluxo para os pacientes a serem contrarreferenciados e pelo forte vínculo entre profissional-paciente. Para manter esse vínculo e aumentar a confiança de que o paciente será recebido pela unidade para qual está sendo encaminhado, houve a proposta do fluxo, estabelecendo todo percurso, passo- a -passo, tanto do paciente como do profissional, para que não ocorresse nenhuma perda durante o processo e a atenção integral seja garantida.

A proposta do fluxo, a princípio, contemplaria duas regionais, Ceilândia e Taguatinga, porém devido a questões operacionais, dificuldades de contato com os responsáveis pelo serviço de geriatria em Taguatinga, firmou-se que a proposta contemplaria apenas Ceilândia. Assim, ao longo da construção da proposta, contou-se com a participação dos atores (gestores e técnicos) envolvidos, negociando entre eles cada passo do fluxo para que para que a proposta fosse adequada à realidade das duas unidades de saúde e pudesse ser operacionalizada com sucesso. Desta

maneira foram vários momentos de reformulações para que se chegasse a um acordo para implantação do fluxo, que ocorreu em novembro de 2012, deixando os processos mais claros e definidos para contrarreferenciar.

Houve, portanto, uma mudança no modelo de atenção à saúde em seus aspectos organizativos, transformando um dos elementos da atenção à saúde, a contrarreferência, que antes era processo não formalizado, pouco efetivo e centrado na consulta clínica, para outro, com procedimentos formalizados entre as unidades, voltados para o usuário, oferecendo a ele acesso a um leque de serviços por meio de um acolhimento. A mudança se estendeu para além do mecanismo de contrarreferência do CMI para o HRC, sendo utilizada também para o acolhimento dos usuários referenciados pelos Centros de Saúde.

Abaixo segue os resultados obtidos através da observação participante, entrevistas e análise documental, sendo descrito e analisado a construção deste fluxo, de acordo com o estabelecido na metodologia de cada temática em seus quatro momentos, sendo que, os três primeiros momentos ocorreram no período de março a novembro de 2012, e o quarto entre novembro de 2012 a janeiro de 2013. Além da apresentação da compreensão dos atores sobre o processo de negociação e acordos desenvolvidos.

## **6.1 Tema 1: Definição dos critérios de alta para iniciar a contrarreferência**

### **1º Momento – Situação de partida**

Inicialmente, como não se tinha um fluxo estabelecido eram poucos os casos de contrarreferência. Nestes poucos casos o CMI utilizava alguns critérios para dar alta ao pacientes, que envolviam a avaliação clínica e o julgamento, por parte do geriatra responsável:

- Disposição e/ou vontade do paciente/família;
- Dificuldade de locomoção do idoso ou familiar até a unidade;
- Estabilidade do quadro clínico;
- Avaliação do benefício potencial do retorno à Regional, igual ou superior ao benefício de permanecer no CMI.



Embora existam estes critérios, eles não são colocados na ficha de contrarreferência (Anexo IV), o que poderia facilitar a visualização dos mesmos. Além disto, a escolha e utilização dos critérios aparentam estar condicionado ao julgamento de cada geriatra, o que dificulta a identificação do momento de contrarreferenciar. Um fator que parece dificultar também a definição destes critérios de alta e o torna o processo de contrarreferência mais complicado é o forte vínculo entre profissional- paciente como pode ser observado durante a observação participante e também através de um relato:

[...] uma grande dificuldade aqui de contrarreferenciar pacientes, primeiro porque nos não temos oficializado essa relação de fluxo de referência e contrarreferência, e segundo, os pacientes criam muito vínculo aqui no serviço, pelas próprias características de oferta que o serviço tem o que dificulta um pouco.(E1)

Outro aspecto que interfere são as debilidades na organização/estrutura da rede de atenção ao idoso. O estudo feito sobre o papel do CMI na rede por Silva & Barros (2011), já apontava uma fragilidade na rede, pois havia um desconhecimento mútuo sobre os serviços prestados, tanto pelo lado da rede básica e das regionais, quanto do próprio CMI. O reflexo disto é que os profissionais, não têm certeza de para onde e nem como podem encaminhar e ficam apreensivos em encaminhar os pacientes a outras unidades, onde talvez não vá ter o acompanhamento adequado. Os pacientes, por vezes, também resistem a deixar a unidade do CMI para garantir a continuidade do acompanhamento multiprofissional.

Um profissional do CMI chegou a relatar esta falha na rede, e que isso desestimulava a tentativa de contrarreferenciar o paciente:

[...] raramente a gente tentava. Quando a gente tentava fazer a contrarreferência pra algum outro serviço, igual a gente tentava às vezes fazer para o Paranoá, que já tinha um serviço de geriatria lá, nem sempre o paciente era recebido. Às vezes a gente recebia até um bilhete do colega dizendo que como ele já era atendido aqui no HUB era melhor que ele continuasse aqui[...]Eu em dois anos de geriatria não me lembro de ter feito contrarreferência, de jeito nenhum.(E5)

Desta forma, os profissionais tinham dificuldades em definir o momento de iniciar a contrarreferência e convencer o paciente disto. Assim, existe grande necessidade de se estruturar um fluxo de contrarreferência, para otimizar o funcionamento do CMI, aumentando a rotatividade dos pacientes e estimulando o funcionamento de uma rede de atenção propriamente dita, que depende da pactuação de normas e critérios para construção deste fluxo.

## **2º Momento- Proposta inicial**

Quanto a este tema, não houve proposta de modificação, definição de critérios clínicos formais ou da criação de um “protocolo clínico” que definisse os critérios técnicos para identificar usuários em condições de retornar à sua Regional de Saúde para continuar os cuidados. Por outro lado, deve se mencionar que, por envolverem aspectos clínicos, as estudantes não possuíam aporte teórico necessário para fomentar a discussão deste aspecto. O critério de alta está ligado à função do Centro de Medicina dentro da rede que é atenção especializada, que tem como missão, conforme definição dada pelo gestor, ser um centro de excelência em diagnóstico e orientação terapêutica em enfermidades gerontológicas. Desta forma, cumprida sua missão de realizar o diagnóstico e feito o plano terapêutico, o paciente seria encaminhado para a unidade regional. Um dos entrevistados aponta que:

[...] o grande diferencial do Centro seria estabelecer o diagnóstico do paciente, diagnóstico situacional, multidimensional da família, estabelecer o plano terapêutico e dar início a implementação do plano terapêutico. Isso já sido feito, o paciente não terá ganhos adicionais em ser acompanhado aqui no serviço, se o acompanhamento e a condução disso pode ser feita no Centro Regional.[...].(E1)

## **3º Momento – Modificações da proposta e negociações realizadas**

Não se aplica pelos motivos citados anteriormente.

## **4º Momento- Situação da implantação, acordos e indefinições**

Não se aplica pelos motivos citados anteriormente.

## **6.2 Tema 2: Processos e fluxos para o encaminhamento de contrarreferência no Centro de Medicina do Idoso**

### **1º Momento- Situação de partida**

Durante a etapa de conhecer a realidade das unidades, quanto ao aspecto de encaminhamento, se observou que este acontecia de forma incompleta, não se tinha estabelecido as orientações a serem dadas ao paciente e forma como elas deveriam ser passadas e existiam falhas no registro que o paciente estava sendo contrarreferenciado.

O instrumento principal para encaminhar os pacientes era a ficha de contrarreferência (Anexo IV), preenchida pelo médico no momento da alta do paciente. Essa ficha continha os dados pessoais do paciente, situação atual de saúde, relação de doenças, medicamentos em uso e recomendações. Depois de preenchida, a ficha era entregue ao paciente e/ou seu responsável, e este era informado só verbalmente sobre como seria o processo, local que devia procurar e o nome do profissional que iria recebê-lo.

A ficha de contrarreferência não estava estruturada de forma que possibilitasse rápida compreensão por parte do paciente e/ou responsável, por carecer de orientações claras de quem deveria procurar e o serviço em que devia ser entregue. O que levava ao paciente a se prender ao que foi dito pelo profissional, não se sabendo ao certo, até que ponto o que foi dito foi compreendido pelo paciente e/ou responsável, ou até mesmo se as orientações vão ser lembradas posteriormente. Sendo assim, já um primeiro impedimento para que o paciente não consiga chegar ao serviço de destino.

O controle dos pacientes contrarreferenciados existia de forma precária. A unidade havia estabelecido que no momento que o paciente fosse contrarreferenciado essa informação fosse anotada em seu prontuário, porém esse registro não estava sendo feito. As informações foram procuradas numa pequena amostra de seis prontuários e não foram localizadas; esta carência foi corroborada pelos entrevistados. A falta desse registro impedia a busca ativa do paciente, caso ele se perdesse durante o percurso, e que não retornasse ao CMI, mesmo que com reclamações.

A questão do desconhecimento mútuo entre as unidades, citado no tema anterior, é novamente um fator influenciador. Ele influencia na decisão do médico em encaminhar ou não, de acordo com seu conhecimento sobre as demais unidades da rede. O serviço de geriatria na rede do DF ainda está se construindo, nem todas regionais dispõem de um especialista geriatra para o atendimento à população e algumas só receberam um recentemente, segundo informações dos profissionais do CMI e HRC. De acordo com o site da Secretaria Estadual de Saúde do DF as cidades de Brazlândia, Planaltina, São Sebastião e Sobradinho, não contam com um geriatra, assim os profissionais não sabem como acontece o serviço em determinado local, e evitam o encaminhamento por não possuírem informações para repassarem aos pacientes.

No caso de Ceilândia, mesmo anteriormente ao fluxo melhorado, pacientes eram encaminhados para lá, isso acontecia por que os a maioria deles eram atendidos pela própria geriatra do CMI que também atua em Ceilândia, e os outros eram encaminhados por profissionais próximos desta geriatra, que conheciam o serviço desempenhado por ela na outra unidade.

O que se observava era que os encaminhamentos estavam muito ligados a questões pessoais, da ligação do geriatra do CMI com geriatras de outras regionais, o processo era muito informal, e que o encaminhamento seria quase uma cortesia profissional. Necessitando, desta forma, uma revisão e reformulação do processo para torná-lo mais formal.

## **2º Momento- Proposta inicial**

Para fortalecimento do pensamento em rede, para que as unidades estivessem realmente interligadas, já que foi um das situações problemas no encaminhamento, a construção desta etapa no fluxo foi em conjunto, com a definição sobre cada processo necessário para o encaminhamento junto com a outra unidade. Assim ambas poderiam se conhecer, compreender a lógica de funcionamento de cada, tendo ciência do funcionamento da outra unidade e podendo encaminhar e informar o paciente da maneira correta e eficaz.

Um dos pontos que precisava ser modificado era quando a ficha de contrarreferência, que caracterizava uma das barreiras para que o usuário chegasse

ao seu destino final. A proposta foi de adicionar um campo na ficha (Anexo V) destinado ao detalhamento das informações essenciais para que o usuário conseguisse compreender o percurso a ser seguido. O profissional do CMI seria responsável pelo seu preenchimento, a ser feito manualmente, de acordo com as informações necessárias para cada regional que o usuário fosse encaminhado.

O registro dos pacientes encaminhados para outras regionais compõe os processos necessários para o encaminhamento. Na situação inicial o registro era feito no prontuário, porém nem sempre essa informação era registrada. Assim, para que houvesse maior controle sobre os pacientes contrarreferenciados a proposta inicial foi de que esse registro/controle se daria através do preenchimento em duas vias da ficha de contrarreferência. Este procedimento ajudaria na realização de uma primeira busca ativa do paciente, caso necessário, para que o mesmo não se perda no início de seu percurso, caso não chegue ao local de destino. Para esta busca ativa o HRC, a princípio sem um meio definido, informaria a lista dos pacientes recebidos que deram início ao acompanhamento.

Para evitar que o paciente se perdesse, outra proposta foi de marcar a consulta ou um momento para acolhimento e recebimento destas fichas no HRC. Essa marcação seria feita pela assistente social ou secretária, que ligariam do CMI para o HRC ou contariam com uma agenda com datas de consultas/acolhimento para que o paciente já saísse do CMI com consulta/acolhimento marcado.

### **3º Momento – Modificações da proposta e negociações realizadas**

A princípio a proposta parecia consistente do ponto de vista lógico, porém quando se pensou nos detalhes de sua operacionalização alguns pontos precisaram ser modificados. Quanto a ficha, na questão do preenchimento em duas vias, a proposta não estava clara, nem sua operacionalização. Pensou-se em utilizar o papel carbono, economizando o tempo do profissional no preenchimento e também por não demandar o uso de computador, internet e coisas do tipo que demandam maior infraestrutura para funcionar. Em seguida, se questionou o gasto dos recursos, então mudou a proposta para apenas uma única ficha com picote no final para ser guardada no CMI, e a outra metade ao paciente, mas a uma parte da equipe do CMI não concordou. Porém, ao final ficou acordado que a melhor maneira seria o preenchimento em duas vias, e tem dado certo, como aponta o entrevistado

*“[...] a ficha é ótima, é eficiente, contém as informações que são necessárias, e eles trazem a ficha direitinho.” (E4).*

A proposta da criação do campo para informações ao paciente na ficha de contrarreferência, sobre o percurso a ser feito foi aceita, e foi agregado também um campo, no final da ficha, com a seguinte frase: “O Sr(a) está sendo encaminhado(a) a um serviço de saúde mais próximo da sua residência, que deverá acompanhá-lo a partir de agora. Leve essa ficha a esse serviço para marcar sua consulta médica. Caso o Sr(a) não possa comparecer na data marcada para o seu acolhimento, devido a eventuais problemas e/ou não funcionamento da unidade, compareça à instituição a partir da semana seguinte.”

Para o controle dos pacientes contrarreferenciados ficou acordado o uso de um livro ata para registrar os pacientes encaminhados, que também conteria as informações necessárias para o encaminhamento para cada regional a serem passadas aos pacientes/ acompanhantes, como o local que deve ser procurado, dia e horário e como proceder durante o percurso, ficando este em posse do profissional no momento da consulta.

Quanto ao aspecto de marcação de consulta/ acolhimento no ambulatório de geriatria do HRC, este foi o de maior tensão para negociação, e agravado pelos problemas estruturais, como falta de recursos humanos sob o qual não se tinha governabilidade. A ideia inicial era de implantar um dia de acolhimento para os pacientes contrarreferenciados do CMI entregarem a ficha, e o encaminhamento seria através da assistente social ou secretária do CMI que contaria com uma agenda mensal com as datas que aconteceriam o acolhimento, e assim agendariam o paciente.

No primeiro momento a ideia não foi bem aceita por ambas as partes, pois poderiam ocorrer problemas operacionais como falta de recursos humanos para atender os pacientes e cuidar da questão administrativa, e a questão de datas específicas para receber o paciente, de informar quais os pacientes estão indo e de condicionar o acolhimento a marcação da consulta. Assim, surgiu uma nova proposta de separar o acolhimento da marcação da consulta, o procedimento seria basicamente o mesmo, assistente social marcar e encaminhar esses pacientes, só que já sairiam do CMI com a consulta marcada e a participação no acolhimento seria

opcional. Esta também não foi aceita, pois descaracterizava a ideia do fluxo que era de construir um vínculo com a nova unidade, e já saindo do CMI com a consulta marcada talvez isso não fosse construído.

A escolha do tipo de marcação, de ser acolhimento, consulta ou acolhimento/consulta envolve dois aspectos, primeiro o e responsabilização da rede em relação ao usuário em não abandoná-lo no sistema; e segundo, a mudança do modelo de atenção, em tirar do centro a consulta clínica, o médico, e ser focado no usuário. Após vários encontros, ficou pactuado que haveria a marcação de um acolhimento pelos seguintes motivos: o serviço não estaria abandonando o usuário na rede, oferecendo a ele as informações necessárias para que acesse ao novo serviço; e se optou pela marcação do acolhimento para superar o modelo centrado no médico, pois já saindo com a consulta marcada o serviço continuaria sendo um modelo de atenção hegemônico, sem foco no usuário.

Assim, ficou estabelecido que, a marcação do acolhimento não passaria mais pela assistente social, pois se estabeleceu um dia fixo semanalmente para acolhimento destes pacientes/acompanhantes. Essa informação seria passada pelo próprio profissional médico, sem intermédios. Assim, para dar início ao acompanhamento o paciente ou seu acompanhante deve comparecer ao acolhimento onde receberá informações sobre o serviço e será agendada a consulta, criando assim espaço para construção do vínculo com a nova unidade.

#### **4º Momento – Situação da implantação, acordos e indefinições**

Na implantação, no aspecto de encaminhamento as fichas reformuladas já estão sendo utilizadas em duas vias, os profissionais do CMI estão informados quanto aos processos necessários para encaminhar e orientar o paciente corretamente, e também estão atentos aos pacientes que residem em Ceilândia se estão em condições de alta para contrarreferenciar devido a existência do fluxo.

Dois pontos ainda estão indefinidos e comprometem de certa forma o encaminhamento, são eles o uso do livro ata e o repasse da confirmação dos pacientes que foram encaminhados para o acolhimento. O livro ata ainda não está sendo utilizado, pois a profissional que ficou responsável por sua implementação

está de licença, e a interferência de ser um período de recesso atrapalhou esse processo:

[...]Teve recesso, teve férias, teve licença, eu também não tenho encontrado com ela lá. Eu também não vi ainda, e queria confirmar, e ele confirmou então que não tá tendo esse caderno. Esse caderno é importante pra ter o controle de quem estão mandando e se a gente está recebendo ou não, se tá tendo perdas. Então pelo fato de não tá tendo ainda esse caderno a gente tá sem esse controle.[...] (E2)

“[...]O livro ainda não tá dando certo, não começou ainda. A mudança da ficha, já que não teve muita mudança eles se adaptaram bem com a ficha nova.” (E5)

Percebe-se também, certa indefinição sobre este aspecto de controle, as unidades estão com visões diferentes sobre este aspecto para a unidade de Ceilândia o combinado seria de:

[...] que a assistente social que iria, após a consulta, receber e registrar que o paciente está sendo contrarreferenciado. Mas não sei como está isso lá, se está sendo o médico que está fazendo. E o combinado também era dela me passar mensalmente à lista dos que foram encaminhados para cá, até mesmo pra gente fazer uma avaliação se isso tudo funcionou bem, a gente precisa saber quantos vieram se foram marcados, se retornaram se algum paciente que eles encaminharam retornar pra lá sem que seja encaminhado pelo médico, aí eu tenho que saber porque tem alguma coisa errada; não é pra ele voltar pra lá[...] (E4).

Já para o CMI, o processo ainda não estava definido:

[...]E o que está nos faltando mesmo seria agora implementar essas questões de controle desse fluxo mesmo, de ver como nós vamos informar conforme está no projeto, como nós vamos informar para CRF aquele paciente foi CRF. Está faltando nós definirmos questões estruturais básicas que tínhamos traçadas antes que já deveriam ter sido resolvidas, que é implementar esse livro ata para registro dos pacientes que ainda não foi feito; nós já tivemos essa outra ideia de registrar no cartão de marcação de consulta do paciente, que eu acho uma boa ideia[...]. (E1)

A falta de estruturação neste ponto, já permite uma avaliação de processo, do que está sendo feito, mas demanda maior investigação, mais profunda, para



mensurar o impacto do novo fluxo, identificando questões como, quantos foram encaminhados, quantos realmente chegaram e se houve mudança na postura dos profissionais para contrarreferenciar. Além do que as informações desse livro deveriam ser repassadas ao HRC para ser feita a busca ativa do paciente que não chegou ao serviço. O meio como essas informações serão repassadas ainda é provisório, após o retorno da profissional responsável pelo livro, ela encaminhará via email para a coordenadora do serviço de geriatria em Ceilândia a lista dos pacientes encaminhados.

A utilização do email ainda não é bem aceita, pois este meio de repasse de dados sobre o paciente não é eticamente aceito pelo Conselho de Medicina e, além disto, o CMI não dispõe de um email institucional para isso. É necessário que se construa uma meio formal de repassar essas informações que são extremamente necessárias para condução do serviço e avaliação do fluxo também para reformulações caso sejam encontrados problemas.

A causa para a persistência destes empecilhos se deve ao período em que o fluxo começou a ser implementado, em novembro de 2012, pegando assim esse período de férias e recessos. O próprio serviço reconhece isso:

[...]Como diminuiu o volume de atendimento, a gente não implementou ainda. O que nós estamos fazendo é na própria ficha de contrarreferência, darmos a localização exata onde ele tem que procurar , o endereço correto, e prestar essas informações preferencialmente por escrito. Mas realmente nós não... se não me engano temos até o caderno mas ele ainda não tá plenamente funcionando.[...] (E1)

Apesar de não poder se feito ainda um julgamento sobre o encaminhamento, a fala dos entrevistados permite uma inferência de que os pacientes estão realmente conseguindo ser encaminhados e chegarem ao serviço, como se observa nesta fala: “[...]Eu acho que eu já atendi uns 6-7 pacientes, por aí, de novembro pra cá. Eu até brinquei com a residente outro dia : “ Você tá que me manda paciente hein?!”[...]” (E5).

### **6.3 Tema 3: Definição do percurso do usuário até Centro de Atenção Regional- Hospital Regional De Ceilândia**

#### **1º Momento-Situação Inicial**

O percurso do usuário até a unidade Regional não estava formalmente definido, e talvez por isso contribuísse para a recusa em ser contrarreferenciado. Os próprios profissionais reconheciam isso, mas não sabiam ao certo a causa: “[...]os pacientes do HUB não conseguiam marcar consulta ou por algum motivo não se vinculavam aqui ao HRC, talvez porque se sentiam mais seguros lá, porque já tinham acompanhamento lá no HUB e as vezes preferiam ficar lá e não vim.” ( E4)

O percurso do usuário até a unidade de contrarreferência iniciava no momento em que recebia sua ficha de contrarreferência, preenchida pelo profissional do CMI. Como comentando anteriormente, a ficha não dispunha de um campo específico para informações ao paciente, que só eram passadas verbalmente, sobre quais eram os processos -aonde ir, quem procurar, como fazer, o que levar- a serem seguidos para iniciar o acompanhamento na unidade a qual havia sido contrarreferenciado.

O paciente/acompanhante conforme as informações que recebiam, saíam em busca do serviço para qual haviam sido contrarreferenciados. No caso de Ceilândia a entrega da ficha era na Central de Marcação de Exames e Consultas do HRC e não no ARQUIVO como profissionais orientavam, localizada próximo à emergência do hospital. Durante a construção da proposta foi feita uma simulação do percurso do paciente, e logo na entrada já se percebiam dificuldade no acesso as informações necessárias para chegar ao local devido.

Assim, alguns pacientes/ acompanhantes não conseguiam encontrar ao local para entrega da ficha e retornavam ao CMI com reclamações. Onde a assistente social do CMI fornecia mais informações para que ele conseguisse chegar à unidade, e ou até mesmo algumas vezes ligava para a geriatra responsável de Ceilândia para marcação da primeira consulta do paciente.

Já os pacientes/ acompanhantes que conseguiam chegar à unidade de destino, entregavam sua ficha para as atendentes da Central de Marcações. Estas

atendentes eram orientadas para o recebimento das fichas, recolhendo e guardando-as em uma pasta destinada à geriatria, com fichas tanto de referência dos Centros de Saúde como de contrarreferência. Esta pasta era mensalmente recolhida pela geriatra ou pela enfermeira responsável para análise da ficha e marcação da primeira consulta paciente no HRC, com tempo de espera em média de cinco meses. A geriatra ou enfermeira ainda ligavam para o paciente informando o local da consulta que é no antigo Centro de Saúde nº 1 ao lado do HRC, que atualmente é o ambulatório II. Durante uma simulação do percurso, os seguranças do hospital não souberam informar onde era o ambulatório II, complicando ainda mais o acesso ao serviço.

No dia da consulta, caso o paciente comparecesse, se dava início do acompanhamento no HRC. Se ele não comparecesse, após um mês era realizada sua busca ativa para remarcação da primeira consulta, por no máximo três vezes. Caso ele não fosse encontrado nessa busca acabaria perdido no sistema.

Essa conformação do percurso além de prejudicar o usuário, prejudicava também o andamento do serviço, pois o tempo que a geriatra gastava buscando as fichas, analisando cada uma e posteriormente ligado para o paciente informando a consulta, demandava muito tempo em que elas poderiam estar atendendo aos pacientes. As geriatras relatam este problema: “[...] No Arquivo eu tinha muito trabalho, porque a enfermeira de vez em quando podia me ajudar, mas era mais eu. Aí eu tinha que ir lá no Arquivo uma vez por mês buscar as fichas e avaliar ficha por ficha os critérios dos pacientes. [...]” (E2); e “[...] uma coisa que tinha na etapa anterior, que eu peguei ainda quando cheguei foi de a gente ligar para o paciente, é que eu acho incabível, porque eu estava deixando de atender paciente para poder ficar ligando[...]”(E4).

## **2º Momento- Proposta Inicial**

O elemento essencial para que o usuário consiga chegar a sua unidade de destino, é que ele possua as informações necessárias neste processo, para minimizar as barreiras encontradas no serviço.

A proposta para facilitar o percurso do paciente, tornando-o mais claro, envolve o repasse das informações necessárias no momento do encaminhamento,

como a modificação da ficha, citada acima; a criação de meios para facilitarem o repasse da informação, como o livro de registro de contrarreferência com os avisos necessários para o encaminhamento a cada regional, esclarecendo como o paciente deve proceder deste momento em diante.

Assim que receber a ficha de contrarreferência, o profissional passa as informações necessárias, alertando sobre a importância do vínculo com a nova unidade de saúde para seu tratamento e, conforme a informação do livro e na ficha, alerta sobre a data do momento de acolhimento, em que o paciente irá entregar a sua ficha.

De posse de todas as informações o paciente ou seu acompanhante se dirige a unidade de contrarreferência nos dias estabelecidos para o acolhimento. Se não puder comparecer no dia poderá participar do acolhimento em data posterior, conforme as orientações presentes na ficha de contrarreferência.

Neste momento de entrega da ficha ele já marcará sua consulta, não alterando a data de espera, que continuará sendo em média de 05 meses. Além da marcação da consulta, também receberá informações sobre o serviço e ações de saúde em Ceilândia, que pode participar enquanto aguarda a data da consulta. Caso o paciente seja encaminhado para o acolhimento e não compareça será feito a busca ativa e descobrir os motivos pelos quais ele não foi ao serviço.

A atividade do acolhimento é um ponto central do fluxo como um todo, pois transforma a organização do serviço que era focada na consulta clínica, para uma organização centrada no usuário, tanto da referência como na contrarreferência. Buscando assim, acolher e inserir o idoso dentro da rede, não só diminuindo o risco de perda, mas como também aumentando as possibilidades de cuidados e acesso a um leque de serviços que já são oferecidos na regional. O detalhamento sobre o acolhimento será feito abaixo, no tópico seguinte.

### **3º Momento- Modificações da proposta e negociações realizadas**

Sobre o percurso do paciente de maneira geral não houve mudanças, mas sim, em momentos específicos como da marcação de consulta/ acolhimento como foi discutido anteriormente.

#### **4º Momento- Situação da implantação, acordos e indefinições**

De acordo com o observado no serviço, o percurso do paciente está sendo feito conforme o fluxo proposto: recebimento da ficha no CMI → informações sobre os procedimentos e passos seguintes → deslocamento até o HRC para o acolhimento → início do acompanhamento (Apêndice II). A busca ativa caso ele não compareça não está sendo realizada pela falta do livro de registro que ainda não foi implementado no CMI/HUB, sem ele não tem como saber os dados dos pacientes que foram encaminhados.

Sob o ponto de vista dos profissionais, eles relatam que os pacientes estão satisfeitos com o encaminhamento para o HRC, e já agradecem por isso, pois mesmo o CMI prestando um ótimo atendimento, o serviço mais próximo de casa fica mais conveniente: “[...] *Do ponto de vista, do benefício para o paciente tem sido super positivo, eles estão conseguindo agendar, estão conseguindo vir na consulta, estão se vinculando a unidade.[...]*”(E4); “[...] *A gente tem esse ponto a favor que é a localidade, mais perto, a logística né. E pra família fica mais fácil, pro paciente fica mais conveniente. [...] Antes não tinha nada, eles chegavam meio perdidos, não sabiam pra onde ir, era meio confuso.[...]*”(E2);

[...] Os relatos que ouvi foi “ que ótimo porque aqui é mais perto da minha casa”, “ que bom que eu vou ser atendido aqui agora, aqui é mais perto”, “lá era muito bom, o atendimento é ótimo, tudo mundo trata a gente muito bem, mas é muito longe” isso eu já ouvi muito. Eles relatam que lá é ótimo, mas é muito longe, e que ficaram satisfeitos de saber que tem agora um serviço que eles podem vim aqui. Eles não falam que “ Ah eu queria ficar lá”, nenhum até hoje disse que queria ficar lá.(E5)

[...]Ele veio do HUB, na semana passada, ele era bem ativo, faz atividade física e tudo, é um idoso bem ativo. Eu não lembro a idade dele, mas acredito que ele tinha uns 60 e poucos no máximo 70 anos. E ele achou ótimo, adorou a gente está conversando com ele, fazendo aquelas orientações, ele gostou muito por ser perto da casa dele. Foi o único paciente do HUB que eu peguei, por enquanto.[...](E3)

Apesar destes avanços, uma possível barreira foi encontrada durante a observação. Como será tratado mais adiante o local do acolhimento ainda não é

fixo, então, o percurso do paciente até a sala em que será acolhido pode ser um problema. Enquanto aguardavam na recepção do ambulatório, os pacientes/cuidadores se mostravam inquietos por não saberem exatamente em qual sala seriam chamados, gerando certo desconforto. Sendo necessário, portanto, a negociação de um espaço definitivo de acolhimento para que os profissionais do hospital possam informar adequadamente o usuário, e fazer eles se sentirem mais seguros de que serão recebidos e acolhidos.

#### **6.4 Tema 4: Processo de acolhimento do usuário contrarreferenciado na Unidade Regional**

##### **1º Momento: Situação de Partida**

Inicialmente, o serviço estava organizado da seguinte maneira: depois que o usuário entregava sua ficha de encaminhamento na Central de Marcações ele aguardava em média cinco meses para a consulta. Este momento da consulta não estava formalmente relacionado a outros serviços que eram oferecidos aos idosos na regional. O acesso à informação sobre estes outros serviços e orientações estava condicionado ao momento da consulta clínica, o que não necessariamente significa que os que estavam sendo acompanhados pela geriatra seriam informados, e os que não eram acompanhados dificilmente teriam acesso à informação.

O processo de acolher o paciente não existia no serviço, o que prejudicava a construção do vínculo. O fato de, simplesmente, entregar a ficha em um local e aguardar o momento da consulta, não contribuía para a construção do vínculo. No caso do CMI, os pacientes e seus acompanhantes estavam acostumados a uma lógica de serviço, ao apoio da equipe multidisciplinar e para se desvencilharem deste serviço eles se mostram resistentes.

##### **2º Momento: Proposta inicial**

Para que o vínculo pudesse ser criado e fortalecido, se propôs a criação de um momento para receber estes pacientes. Este momento foi denominado acolhimento, que tem como finalidade receber os pacientes para entrega da ficha de contrarreferência e, onde o profissional responsável pela atividade apresentaria o serviço ao paciente, a partir das seguintes perguntas: Quem? O que? Quando?

Como?; afim de estabelecer um maior vínculo com o paciente contrarreferenciado e fornecer informações necessárias para o prosseguimento do tratamento na unidade.

Visto que há apenas duas geriatras e o período de espera para a consulta gira em torno de cinco meses, uma estratégia seria neste momento do acolhimento, além da marcação da primeira consulta médica com a geriatra, já encaminhar o paciente para outras ações de saúde desenvolvidas na cidade:

- Ações sociais comunitárias e de promoção da saúde desenvolvidas na cidade como: Práticas Integrativas em Saúde nos Centros de Saúde (ex: automassagem; Lian Gong em 18 Terapias; Tai Chi Chuan; Medicina Homeopática; Yoga); Programa Ginástica nas Quadras.
- Projetos sociais desenvolvidos pelo Corpo de Bombeiros de Ceilândia- Projeto Bombeiro Amigo destinado para idosos, enfocando a prevenção do sedentarismo. Incentivando a prática de exercícios físicos como caminhada e ginástica, e também aulas de pintura, crochê e informática.
- Oficina de Quedas- Realizada pela fisioterapeuta do HRC que busca a prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em idosos.
- Escola de Avós - programa da Escola Superior de Ciências da Saúde, que tem por objetivo promover educação e saúde para a população acima de 60 anos do DF, por meio de parcerias e voluntários que oferecem diversos tipos de oficinas como palestras sobre nutrição, avaliação dos principais agravos (diabetes, hipertensão, osteoporose, câncer de pele), saúde oral e uma variedade de atividades físicas.

Além disso, devido ao longo tempo de espera para a primeira consulta, os pacientes que necessitarem de uma nova receita de medicamento, poderão entregar uma cópia da mesma junto com seu nome completo e endereço ao profissional no acolhimento. Naquela semana a geriatra receberá as cópias em uma pasta e prescreverá a quantidade suficiente de medicamento para esse período de espera, essa receita será entregue em um dos próximos acolhimentos.

O profissional que realizará o acolhimento deverá ter habilidade para lidar com o público, sendo capaz de realizar uma escuta especializada; deve ter

conhecimento sobre a rede de saúde e a rede de apoio para poder apresentar e orientar o paciente sobre todos os serviços e ações de saúde disponíveis na cidade; ex: as práticas integrativas dos Centros de Saúde, ações da própria comunidade, as atividades dos Bombeiros, da Escola de Avós. A escuta poderá colaborar na elaboração do plano terapêutico do paciente, oferecendo também orientações caso o paciente necessite de serviços de outras especialidades. Portanto, o acolhimento seria uma forma criar um vínculo com o serviço e também um meio de inserir o idoso no sistema mostrando as oportunidades que eles possuem.

Este o acolhimento aconteceria em dias específicos periodicamente, com datas definidas pelo profissional responsável, sendo a princípio, quinzenalmente.

### **3º Momento – Modificações da proposta e negociações realizadas**

A proposta em si não foi modificada, estavam pendentes negociações com as instâncias superiores sobre aspectos operacionais como profissional responsável, espaço e comunicação com outros setores, como o da Central de Marcações, por exemplo. Essas pendências quanto ao acolhimento geraram muita apreensão, pois este era o ponto central do fluxo, um diferencial que proporcionaria melhoria no serviço e conseqüentemente na atenção ao paciente, e sem estes acordos ficava em risco o andamento da proposta.

Após o período do estágio, a equipe do CMI e HRC se reuniram com a Coordenadora Geral de Saúde do Idoso do DF e diretoria do HRC e conseguiram firmar alguns acordos.

Uma primeira definição foi de que o acolhimento teria um dia fixo e ocorrer semanalmente, para facilitar para os usuários. Além disto, ele funcionará para receber tanto os referenciados e contrarreferenciados, não limitando aos usuários do CMI, porque como o quantitativo destes pacientes não seria muito grande a profissional não poderia ficar a disposição esperando somente estes pacientes.

O profissional que ficasse responsável definitivamente por essa atividade ainda não foi encontrado, mas a enfermeira de equipe assumiu essa função até encontrarem outra pessoa. O espaço para realização também foi definido junto à diretoria do Hospital.



#### **4º Momento – Situação da implantação, acordos e indefinições**

O acolhimento está ocorrendo semanalmente, e a situação de sua implantação apresenta algumas indefinições, como a citada por um entrevistado do HRC: “[...]as dificuldades que a gente tem, são estruturais mesmo, dificuldade de espaço, para atendimento.[...]”(E3). Mas em sua essência o objetivo do acolhimento está sendo cumprido. Os usuários estão sendo acolhidos, recebendo as informações e construindo o vínculo, como pode ser visto na descrição do trabalho realizado no acolhimento:

[...] faz orientação sobre o dia da consulta, que ele deve vir alimentado, não precisa chegar de madrugada nem muito cedo, chegar alguns minutos antes da hora que a gente marca. E dependendo de quem vem no acolhimento se é o idoso ou o cuidador a gente faz alguma orientação no que a gente acha que é pertinente nesse momento, ou se o cuidador vier, o paciente for muito frágil, a gente procura aliviar a angústia do cuidador, saber das necessidades dele também, até mesmo para saber para onde encaminhar dentro da nossa própria rede de apoio também. [...] melhorou muito para os pacientes, porque ele já vem já sai com a consulta marcada e já tem alguma orientação que às vezes ele precisa isso já pode ajudar ele em casa, enquanto ele espera a consulta. Do ponto de vista, do benefício para o paciente tem sido super positivo, eles estão conseguindo agendar, estão conseguindo vir na consulta, estão se vinculando a unidade.(E4)

A questão do profissional responsável foi superada, a princípio, porém, por ser a única enfermeira da equipe, ela pode futuramente ficar com sobrecarga de trabalho. Quando questionada sobre o que mudou na organização do serviço após a implantação do projeto, a entrevistado respondeu que, “O que mudou é que é mais serviço pra mim”(E4). Portanto, isso precisa ser pensado, refletir também sobre o lado do profissional e suas condições de trabalho.

Para realização do acolhimento a equipe tinha conseguido negociar com a diretoria do hospital um auditório, assim os pacientes ou acompanhantes eram recebidos coletivamente nesse ambiente, e a enfermeira apresentava o serviço como proposto e após isto, individualmente, os atendia para agendar a consulta e dar outros esclarecimentos. Porém, há algum tempo este auditório foi demandado por outro setor do hospital e o acolhimento vem ocorrendo somente de forma individual em algum consultório disponível naquele dia. Neste caso os usuários ficam na recepção do ambulatório, e se pode observar que ficam incomodados com a espera, até mesmo por não saberem ao certo o que é este acolhimento, se é só para entregar o encaminhamento e ir embora ou não. Quando o acolhimento acontecia no auditório todos eram recebidos ao mesmo tempo, entravam e

aguardavam lá dentro, viam o que estava acontecendo e não se incomodavam tanto em esperar.

Novas atividades estão sendo pensadas e negociadas para serem incorporadas ao momento de acolhimento com a participação de outros profissionais para dar maior agilidade ao serviço. A ideia foi em incorporar uma estagiária de Terapia Ocupacional para fazer avaliações como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o que contribuiria no serviço, pois “[...] *é como se fosse um rastreio, a gente já vai saber se a pessoa tem risco ou não de ter demência, e facilitaria para o nosso acompanhamento. Daí se no encaminhamento tiver risco de depressão ela faria o GDS, se for demência ela faz MEEM*”(E2). Se a atividade for realmente implantada, é preciso que esteja bem planejada, organizada, com os recursos necessários para que não se desfaça a ideia central do acolhimento, nem que se perca esse momento de escuta e o transforme em um momento clínico, com uma perspectiva biomédica, somente.

Apesar das dificuldades, o acolhimento está sendo vantajoso tanto para os profissionais, quanto para os pacientes. Sobre o relato dos pacientes, os profissionais afirmam que eles saem muito satisfeitos, até mesmo os do CMI, como descrito por uma profissional: “[...] *agora depois do acolhimento, eu te falo que todos os pacientes que eu recebi do HUB gostaram, eu não recebi reclamação de nenhum paciente [...] como eles moram aqui perto, falam maravilhas.*”(E5), até falaram que iriam sentir saudade do CMI , mas que perto de casa era muito melhor.

Os profissionais reconhecem a importância deste tipo de abordagem,

[...]quem não gosta de ser tratado bem? Então a gente chega já abre um sorriso, a gente já põe a pessoa dentro da sala, conversa, explica que o idoso tem que chegar, tem que ter tomado o café da manhã direitinho, traz uma fruta pra ele comer no meio da tarde, ver que a pessoa tá preocupada com a saúde mesmo do idoso. Então é diferente porque quando você faz uma marcação em outro lugar, a pessoa não vai ter esses cuidados todos , de tá falando “ olha vai demorar a consulta, traz uma garrafinha de água, traz uma fruta, um lanche porque ele pode ficar com fome [...]”. (E3)

E funciona como uma ajuda para o serviço tanto no sentido de estimular o profissional, pois se sentem realizados com seu trabalho, como relata uma das entrevistadas:

Então assim, eles saem muito satisfeitos daqui, a gente acaba ficando muito mais satisfeito, porque quando dá alguma coisa, a gente acha que a gente está dando, mas a gente tá recebendo muito mais. Então é muito legal! Está sendo muito bom mesmo. Lógico que precisa ter algumas melhoras em termos de espaços físicos [...] (E3).

Como ajuda também no processo de trabalho em si, no momento da consulta: *“[...]Uma coisa importantíssima que faz no acolhimento é a orientação para o paciente trazer exames anteriores, as receitas ou caixas do medicamento.. e isso aí pra gente faz total diferença, porque é uma parte da consulta. [...]”(E5).*

Porém, é importante destacar que o acolhimento é o elemento central do fluxo, os pontos pendentes precisam ser solucionados, pois se ele não estiver estruturado e funcionando da maneira correta todo o restante do fluxo fica em risco e conseqüentemente a atenção integral também.

## **6.5 Tema 5: Oferta de serviços de cuidados para estes usuários no Centro de Atenção ao Idoso da Regional de Ceilândia.**

### **1º Momento – Situação de partida**

A oferta de serviços estava centrada na consulta com a geriatra. Embora houvesse oferta de outros serviços/ações em saúde como Escola de Avós, Oficina de Quedas, Ginástica nas quadras, ações comunitárias no Corpo de Bombeiros e ações desenvolvidas nos Centros de Saúde, o acesso à informação sobre estes serviços estava condicionado ao acesso à consulta com a geriatra.

O momento da consulta era o único espaço para apresentação destes outros serviços, deixando, assim, aqueles que não se enquadravam no atendimento na geriatria possivelmente sem acesso a estes outros serviços e atividades.

A disposição destes serviços e atividades também contribuía para que o paciente do CMI não quisesse ser contrarreferenciado. Sem antes passar pela consulta, este paciente não tinha conhecimento das oportunidades dentro do

serviço, e talvez o levasse a não querer esperar pela consulta e conseqüentemente prejuízos na construção do vínculo.

### **2º Momento- Proposta Inicial**

A proposta foi de divulgar as ações e serviços da unidade, no intuito de tentar estimular o vínculo entre a unidade e o paciente, sem que ele desista de esperar pela consulta. Assim, durante o acolhimento, os usuários seriam informados e encaminhados, conforme a necessidade, as atividades e serviços disponíveis para não ficarem completamente desassistido e desligado do sistema enquanto aguarda o momento da consulta, estimulando-os a participarem para que possam estar promovendo a sua saúde. Além de, no caso dos pacientes do CMI, mostrar que podem contar com outras ações e de certa forma de um apoio multidisciplinar.

A organização do serviço e de suas ações é extremamente importante, como afirma a profissional do HRC: “[...] *Mas quem quer ser um centro especializado não pode ficar centrado só na consulta do geriatra, a gente tem que ter outras atividades e tem que funcionar com uma equipe multidisciplinar*” (E4). Desta forma, articulando e divulgando as ações e atividades disponíveis, fazendo com que a população tenha acesso completo ao que o serviço dispõe, faz com que ele seja um Centro de Atenção Regional ao Idoso, e não simplesmente a especialidade de geriatria.

### **3º Momento- Modificações na proposta e negociações realizadas**

A modificação feita foi apenas quanto a Oficina de Quedas, que o paciente somente será encaminhando se apresentar sinais de que realmente precisa. A identificação será feita pela enfermeira durante o acolhimento e caso seja identificada realmente a necessidade, o paciente será agendado para a próxima turma da Oficina.

### **4º Momento – Situação da implantação, acordos e indefinições**

Como o serviço foi implantado recentemente, ainda não se pode avaliar a adesão ou não dos usuários aos serviços apresentados no acolhimento, pois as atividades estiveram paradas neste período de férias dezembro- janeiro. Tanto no acolhimento quanto no momento da consulta os usuários estão sendo estimulados a

participarem, “[...] todos da equipe falam da importância deles participarem e todos cobram. Quando ele vem no acolhimento eu convido, eu explico o que é, e estimo a participarem. Quando ele vem na consulta, a médica também incentiva [...]” (E4). Assim é provável que em breve já se possa ver os resultados deste empenho.

Novos acordos foram feitos para novas atividades que estão sendo incorporadas no serviço de geriatria com articulação com o acolhimento. Elas foram criadas em parceria com um projeto de extensão com a Universidade Católica de Brasília com alunos de psicologia e educação física. Estes novos serviços são de grupos de apoio aos cuidadores e a idosos com depressão.

O grupo de apoio aos cuidadores é realizado por alunos de psicologia com a supervisão de um docente e se reúnem mensalmente para trabalhar temas diferentes. O grupo de idosos com depressão se reúne semanalmente coordenado por outros alunos de psicologia. Os usuários a serem encaminhados para ambos os grupos são identificados e convidados no momento do acolhimento.

A equipe demonstra que com essa proposta de organização houve melhorias no serviço e conseqüentemente há uma melhoria no serviço para o paciente, que pode contar com uma organização voltada para que ele tenha uma atenção integral:

[...] acho que tá ficando cada vez mais integrado. A gente tá conseguindo um encaminhar pra outra, acolher o paciente, ele passar por todo mundo. Tá cada vez unindo mais. Antigamente por não ter muita coisa era muito disperso, mas agora tá ficando integrado. [...] (E2)

## **6.6 Reflexos do fluxo sobre o sistema de referência entre Atenção Primária em Saúde**

A partir da construção do fluxo para o paciente contrarreferenciado do CMI, se viu que o fluxo poderia também organizar o fluxo de referenciamento, da especialidade de geriatria, entre as unidades de Atenção Primária à Saúde de Ceilândia e seu Hospital regional.

Devido ao grande quantitativo de idosos em Ceilândia, a equipe de geriatria em conjunto com a Secretaria de Saúde do DF elaborou critérios para selecionar os pacientes que serão acompanhados pela geriatria. Para darem início ao acompanhamento o usuário precisa ter:

- 1- 80 anos ou mais; ou

2- 60 anos ou mais, com pelo menos um dos critérios abaixo:

- Dependência em atividades básicas de vida diária;
- Incapacidade cognitiva;
- Parkinsonismo;
- Incontinência urinária ou fecal;
- Imobilidade parcial ou total;
- Instabilidade postural;
- Polipatologia (5 ou mais diagnósticos);
- Polifarmácia (5 ou mais medicamentos contínuos)
- Descompensações clínicas ou internações frequentes;

Para o encaminhamento, os pacientes recebem uma ficha que o clínico do Centro de Saúde preenche relatando os motivos para ele ser atendido pela geriatria. Anteriormente a implantação do fluxo os usuários encaminhado pelos Centros de Saúde deixavam a ficha de encaminhamento na Central de Marcações que era guardada na pasta de geriatria. Assim como as dos pacientes contrarreferenciados, a enfermeira ou a geriatria mensalmente recolhiam a pasta e analisavam ficha por ficha para ver se o paciente se adequava aos critérios para ser atendido.

Se os pacientes se quadravam aos critérios, a geriatra ou enfermeira ligava para agendar a consulta e dar início ao acompanhamento. Quando não se adequava, a geriatra informava que o paciente não preenchia os critérios e mandava a ficha de volta para a Central de Marcações para que ela fosse devolvida ao Centro de Saúde.

Com a incorporação da referência ao fluxo proposto, o encaminhamento seria continuaria sendo através da ficha já utilizada, porém o paciente seria informado de que o local para sua entrega seria no dia do acolhimento e não mais na Central de Marcações. Mesmo os que não são informados, quando chegam na Central são informados sobre o acolhimento.

Os pacientes contrarreferenciados quando participam do acolhimento já tem sua consulta garantida por já se enquadrarem nos critérios de atendimento. Já os pacientes referenciados nem sempre se enquadram, e neste momento a enfermeira analisa a ficha e conversa com o paciente/acompanhante para levantar mais

informações e avalia se o paciente vai ser agendado ou não. Caso ele não se enquadre, a enfermeira informa que ele não necessita neste momento de acompanhamento geriátrico que ele pode continuar na atenção primária.

Desta forma, tanto os pacientes que necessitam de acompanhamento geriátrico e os que não necessitam, serão acolhidos e receberão as informações sobre o serviço, sendo oferecido a eles um atendimento integral. O mesmo não aconteceria se a lógica do serviço estivesse focada no momento da consulta, com contato entre usuário e serviço só para aqueles que acessam a geriatria.

Assim como no fluxo de contrarreferência, o da referência ainda precisa de ajustes e negociações, principalmente na forma de encaminhar. A ficha da SES (Anexo VI) de encaminhamento que contém os critérios para atendimento não está à disposição em todas as unidades de atendimento. Sem a ficha adequada com os critérios os clínicos muitas vezes não preenchem da maneira correta prejudicando o serviço e o acesso daqueles que realmente precisam.

Esta questão com as fichas de encaminhamento é apontada como um dos grandes problemas para o sistema de referência:

“[...] as fichas eram muito mal preenchidas. Às vezes eu não entendia a letra, às vezes o médico não colocava as comorbidades, nem a idade nem nada. E eu tenho certeza que perdi pacientes que realmente tinham critérios, mas aí eu escrevia que o médico tinha que colocar, pelo menos, a idade e as comorbidades, e devolvia a ficha [...]”.(E2)

Outra profissional também aponta a falta das fichas que não estão presentes em todas as unidades:

“[...]Mas eu acho que os encaminhamentos são mal feitos. Então assim, se todo mundo tivesse acesso aquele formulário, eles vão saber analisar o critério de encaminhamento para geriatria, se o paciente preenche os critérios ou não. Por exemplo, eu já atendi paciente aqui: “Por que a senhora veio pra cá?”, “Ah, porque eu pedi pro meu médico”. E eu acho que nisso a gente perde muito tempo, de chamar um paciente que tá debilitado, que está precisando da especialidade. [...]”.(E5)

Os aspectos de encaminhamento estão sendo negociados junto com os Centros de Saúde:

“[...]Eu só fiz informar, avisei os gerentes, pessoalmente e por email, e para os núcleos de marcação dos Centros de Saúde. Eu informei a todos q)ue a marcação seria dessa maneira [entrega da ficha de encaminhamento no acolhimento]. E também tenho falado com os médicos, clínicos da atenção básica que a marcação agora é desse jeito. Então se o médico, no consultório, já informar, ele vem direto ou se ele passar no setor de marcação, eles já sabem como é e o orientam para vim.[...]” (E4)

A central de marcações, portanto, também já está informada sobre essa mudança do processo, e orientando o usuário da maneira correta. Porém, mesmo assim, o percurso do paciente está prejudicado. Mesmo que ele seja orientado pela Central de Marcações, ele terá que voltar em outro momento e talvez isso seja muito difícil para o usuário, que pode ter outros compromissos ou limitações. Sendo que se fosse orientado no próprio Centro de Saúde evitaria esses transtornos, mas isto faz parte do processo de mudança até os Centros informarem corretamente. Alguns até já planejaram uma estratégia: “[...] *uma etiqueta dizendo :“Sexta- Feira, marcação da geriatria, ambulatório de acolhimento...” eles colocaram no pedido do médico, eles grampeiam um papel pequeno com orientação de onde ele deve ir e o dia”.* (E4)

Assim, o fluxo para o paciente referenciado funcionaria da seguinte forma:

- i. Profissional da unidade primária de saúde preenche a ficha de referência para encaminhamento do paciente, e o orienta sobre o novo processo de marcação. Caso não seja orientado pelo clínico, ele irá à Central de Marcações para entrega da ficha e será alertado sobre a mudança e encaminhado para o acolhimento.
- ii. Durante o acolhimento a enfermeira analisa a ficha do paciente referenciado para observar se satisfazem os critérios.
  - i. Caso o paciente se enquadre nos critérios estabelecidos pela SES, ele tem sua consulta agendada e recebe as orientações e avisos da enfermeira no acolhimento.
  - ii. Caso o paciente não se enquadre nos critérios estabelecidos, ele é informado, de forma clara, que neste momento não precisa de demanda atendimento especializado, devendo continuar seu acompanhamento na unidade primária, sendo também incentivado a participar das ações de saúde oferecidas na cidade.



- iii. Dado o início do acompanhamento geriátrico, é feita uma nova análise da ficha do paciente para averiguar se realmente ele se enquadra nos critérios. A enfermeira que faz a pré-análise no acolhimento pode se equivocar neste processo ou então o paciente pode tentar burlar os critérios, e caso não se enquadre será orientado à voltar para o acompanhamento na unidade primária.

### **6.7 Compreensão dos atores sobre o processo de negociações e acordos para as mudanças propostas**

A construção do fluxo, como mencionado anteriormente, foi fruto de intensos momentos de negociações, com diálogos, encontro com os atores, acordos e conflitos. Durante as entrevistas foi solicitado aos participantes que fizessem um breve relato de como aconteceu este processo, de acordo com sua visão e participação. Um dos pontos que se buscou identificar era, na visão deles, qual foi o acontecimento indutor deste processo, que partiu da ação das discentes de saúde coletiva que levantaram o problema, dificuldade em contrarreferenciar, e em conjunto com os profissionais das unidades propuseram a construção do fluxo.

Nas entrevistas foi possível identificar que os atores envolvidos visualizam claramente o acontecimento indutor deste processo. Como apresentado nas seguintes falas: “Começou quando vieram às alunas da saúde coletiva, era um trabalho da graduação, do estágio e aí vocês fizeram uma proposta de fluxo de CRF para os pacientes do HUB”(E4); “Aí as alunas da Saúde Coletiva vieram, e bolaram essa proposta da sala de acolhimento”(E2);

“Na verdade essa demanda de inserir o Centro de Referência na rede, ela já é desde a concepção do Centro em 2002. Então tá desde 2011 até hoje, sem que realmente conseguíssemos fazer essa integração de fato, daquilo que é o papel do Centro Multidisciplinar do Idoso que é cumprir o seu papel de Centro de Referência à Pessoa Idosa do DF. Então com a chegada da disciplina de saúde coletiva, o professor Iturri[...] aí eu tive a ideia de tentar ou tivemos em conjunto, na verdade, conversando, nós fizemos um brainstorm. E a partir daí, nós tivemos a ideia de tentar identificar então, o que poderia ser feito de um trabalho que pudesse favorecer o Centro Multidisciplinar do Idoso.” (E1)

Duas entrevistadas não participaram do início do processo e, portanto, não souberam informar qual fato foi indutor do processo. Porém, dentre os que mencionaram as discentes, apenas um visualiza este momento como algo construído em conjunto,

“[...]nós procuramos a partir daí uma construção conjunta, tentar identificar quais eram esses mecanismos de impedimento para o paciente retornar a sua origem(..)a partir de vocês terem dado início a essa discussão, com ambas as partes, nos descobrimos que nós tínhamos várias coisas que nos poderíamos consertar, fazer, modificar[...]”(E1)

Enquanto que os outros visualizam como algo que foi proposto, apresentado e posteriormente modificado, não visualizando como algo construído desde o início com a contribuição de todos, mas que apesar disto, todos compreendem que participaram de um processo de negociação, independente se antes ou depois da proposta :

“E aí a gente teve, depois dessa apresentação do projeto, a gente fez uma... tentou adequar algumas coisas, pra tentar fazer um outro projeto em cima do de vocês pra poder operacionalizar aquilo que vocês haviam previsto, de que maneira a gente poderia adaptar aquilo ao nosso serviço para que de fato acontecesse.[...]” (E4)

Quanto ao processo de negociação, propriamente dito, aos momentos de diálogos, alguns atores possuem diferentes visões sobre isso, reflexo de concepções e compreensões pessoais sobre o momento. Um aponta que *“[...]Não teve conflito nem barreira na negociação, acho que tudo se deu assim da forma mais tranquila possível. Tudo foi negociado, e não vejo que isso represente um problema, uma barreira um empecilho”(E4)*. Enquanto outro destaca que, para que as mudanças acontecessem tiveram que ser *“(..).Vencidas as resistências pessoais, porque sempre há, realmente. Qualquer mudança implica em resistência pessoal[...]”* (E1)., e que as pessoas tem dificuldades em vencer a inércia.

Apesar disto, todos concordam sobre a importância deste processo para efetivação da contrarreferência, para estruturação do serviço. Destacando pontos como para a execução de novas atividades, que sem este processo de negociação o serviço fica comprometido:

“[...] a gente precisa ter um espaço até mesmo pra organizar até algumas coisas diferentes, que a gente possa tá fazendo, porque hoje a gente tá num lugar outro dia no outro, a gente tem alguma dinâmica alguma coisa que a gente quer fazer e a gente não consegue tá partindo pra isso, então é complicado. [...] (E3).

Aponta também a influência da negociação na relação entre o querer executar e executar:

[...] A negociação tem um peso muito importante, não depende só de eu querer fazer um ambulatório de acolhimento. Lógico que depende muito de mim, se eu não quiser simplesmente ele não acontece, mas eu tenho que negociar pra que isso seja possível. Todas as pessoas que tem interesse pra que isso funcione vão ter que fazer uma contribuição, dentro da sua atuação, pra que isso se dê e o fluxo aconteça realmente. (E4).

É destacada a importância de um ator externo do serviço participando do processo de negociação, auxiliando no diálogo entre as partes, até mesmo como uma consultoria:

[...] quando a gente tá envolvido no trabalho a gente não consegue raciocinar e não consegue às vezes parar para pensar como seria a melhor solução. Aí às vezes quando vem gente de fora e avalia, enxerga melhor, com um conhecimento por trás, organiza, aí dá ideias. Se todos os serviços tivessem alguma coisa assim, eu acho que andaria melhor. [...] (E2)

E por último a importância disto dentro de um contexto de rede de serviços, de uma rede de atenção:

[...]É uma articulação que depende de vários atores, tem varias pessoas envolvidas, vários serviços, são dois serviços diferentes, é o HUB, é um hospital da SES, tem a coordenação de lá, tem a coordenação daqui, tem os médicos, tem outras pessoas que vão apoiar, tem as pessoas que vão fazer o encaminhamento, tem os serviços de marcação que vão mandar o paciente pra cá [...].

De que o serviço somente será eficaz se ambas as partes pactuarem os processos,

“[...] A partir do momento que todos, se as duas partes conhecem o fluxo, no inicio pode existir algumas dificuldades, mas a partir das dificuldades vão surgindo novas correções e o fluxo vai funcionando

[...] Só assim o paciente vai conseguir ser contrarreferenciado pra sua regional não só assim simplesmente ser contrarreferenciado, mas sim ser contrarreferenciado e ser realmente atendido e acompanhado [...].”

Deste modo, demonstram que o diálogo constante do compreender e se fazer compreender, necessário nos processos de negociação, apesar dos conflitos foi fundamental para que se alcançasse um acordo sobre o objetivo em comum de promover atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.

## 7. DISCUSSÃO

O processo de negociação é inerente à vida em sociedade, sendo constantemente realizado pelas pessoas, tanto na vida pessoal como profissional. Ao longo dos resultados foi possível identificar o papel do processo de negociação, com várias idas e vindas, feito a partir da identificação da necessidade de uma das partes em resolver o problema em contrarreferenciar os pacientes.

O fato que contribuiu para que este processo de negociação fosse iniciado, no caso estudado, se deve as características dos atores envolvidos. Uma primeira característica é a de alguns dos profissionais técnicos, geriatras, atuarem em ambas as unidades. A segunda é o fato de que os gestores envolvidos são profissionais de militância na área de saúde do idoso há alguns anos, são conhecedores das potencialidades e desafios da área e também bem articulados com as instâncias superiores.

Devidos a estas características o processo foi facilitado, podendo talvez não ocorrer o mesmo caso fosse feito em outra regional, por exemplo, onde poderiam ocorrer maiores resistências, conflitos nas relações de poder. Outros fatores contribuem para que o resultado do processo de negociação seja positivo, como aponta Sparks 1992 *apud* Olivares 2002, são:

A solução ou ajuste, quando as partes chegam a acordos de plena satisfação para elas; O compromisso, quando as partes cedem em suas propostas iniciais na procura de um acordo; Correção, quando uma das partes convence de forma clara e lógica a outra parte e esta aceita ceder na sua posição.

Durante o processo de negociação entre no CMI e HRC se pode observar através da descrição realizada, de que as condições citadas acima para resultados positivos estiveram presentes neste processo. Quanto aos acordos de plena satisfação, percebe-se que em todos os Temas de 1 a 5 e em seus quatro momentos, principalmente os momentos 3º e 4º, que as partes buscaram um ajuste para que a operacionalização de cada um destes pontos do fluxo fosse viável para cada unidade. Como por exemplo, na descrição do Tema 2, momentos 2º e 3º que mencionaram as idas e vindas, os vários momentos de discussão até que se definisse a melhor maneira de encaminhar o paciente.

No que se refere ao fator de compromisso, quando uma das partes cede em favor de um acordo, também se pode mencionar a presença deste fator. Ele esteve presente no 3º Momento, no tema 2, em que a equipe do HRC queria que o paciente já saísse com a consulta marcada, mas teve que abrir mão disso pois a outra parte, o CMI, não concordou. Neste mesmo momento houve também o fator de correção, pois a outra parte apresentou de forma clara que a saída do CMI com consulta marcada não era a melhor maneira de funcionamento dentro de uma rede.

O mesmo autor também aponta os fatores que levam aos resultados negativos (SPARKS 1992 *APUD* OLIVARES 2002):

A imposição, baseada no poder de uma das partes; Rendição, quando uma das partes opta por ceder em suas posições em favor da outra; Empate forçado, quando nenhuma das partes cede na sua posição e a negociação termina sem nenhum resultado ou acordo.

Como dito, o processo de negociação aconteceu em conjunto, integrando todos os atores, portanto, a proposta foi pactuada por todos, adequando-a para que fosse satisfatória para ambas as partes, não havendo assim a imposição, rendição nem o empate forçado.

Dentro da lógica de rede de atenção o compartilhamento, integração entre as partes é extremamente necessário, devendo sempre buscar superar as resistências e conflitos, para que o processo de negociação seja constante e permanente. (OLIVARES,2002). Esta necessidade, pode ser evidenciada no Tema 2, onde embora já tivesse sido pactuado os mecanismos para a busca ativa, por conta de contratempos o que se havia programado não estava sendo executado, carecendo, portanto, de uma revisão sobre essa parte, realizando uma renegociação para que o plano de ação seja compatível com a realidade.

No caso do processo de negociação tratado neste estudo, após a implementação da proposta se identificou um problema que surgiu neste momento (ver Tema 3, 4º Momento), onde a indefinição do local para o acolhimento tem prejudicado o percurso do usuário e possivelmente a criação do vínculo com a unidade. Isso coloca em risco a ideia da proposta em contribuir para que o usuário de vincule a unidade. Evidenciando assim, a necessidade de um processo constante

de negociação, mesmo após a implantação para que se alcancem os objetivos do que foi negociado.

Porém, a integração na rede de atenção a saúde do idoso no DF ainda não é plenamente existente (ver Tema 1- 1º Momento). A rede é fragmentada com desconhecimento mútuo entre as unidades, o que contradiz a ideia de rede, pois o fluxo entre as unidades deve existir, cada unidade atua de forma complementar a outra e os encaminhamentos devem ocorrer de forma natural e formal, com processos estabelecidos e pactuados e não em decorrência das relações pessoais entre os profissionais da rede, como descrito no Tema 2, 1º Momento.

Essa fragmentação detectada neste estudo e no estudo de Silva & Barros, condiz com a descrição feita por Mendes (2011) sobre os serviços fragmentados. As características destes serviços são: hegemônicos - centrados no médico, como é observado no estudo (ver Tema 5- 1º Momento) que o serviço na unidade regional estava voltado apenas para o momento da consulta clínica e não focado no usuário e suas necessidades; e outra característica é o isolamento entre os pontos de atenção sem nenhum tipo de comunicação, o que também foi identificado no estudo e comentado acima sobre o desconhecimento mútuo das unidades.

Estas características, presentes na rede de atenção ao idoso do DF, impossibilitam o seu funcionamento, e conseqüentemente impedem a prestação de uma atenção contínua à população, se houvesse a integração, a articulação dos processos de trabalho e dos serviços, as unidades da rede seriam capazes de oferecer um cuidado contínuo com maior eficiência.

Através deste processo de negociação, da construção de um fluxo de contrarreferência, que posteriormente se integrou ao de referência, proporcionou também uma mudança neste modelo de atenção hegemônico como relatado. Ele deixou de ser centrado no médico e passou a ser focado no usuário em seu contexto social, não focando somente a especialidade de geriatria, mas sim se articulando com uma equipe multiprofissional, as práticas integrativas em saúde, desfazendo também o modelo hospitalocêntrico, por meio do encaminhamento dos usuários que não necessitam de atendimento especializado para as unidades da atenção primária.

O elemento central do fluxo proposto é o acolhimento. Este tipo de alternativa é apontado por Paim (2008) como uma das estratégias para superar o modelo hegemônico. Ele comenta sobre esta alternativa como um meio para organizar a porta de entrada nas unidades primárias de saúde, porém aplicada na atenção especializada a estratégia produz o mesmo efeito. Proporcionando os seguintes aspectos (PAIM,2008; FRANCO & MERHY, 1999) :

- Atendimento aos que procuram o serviço- mesmo aqueles que não se enquadram no critério de atendimento possuem acesso ao serviço e são orientados adequadamente, não os retornando a UPS sem explicar o motivo e esclarecer diretamente à ele.;
- Reorganização do processo de trabalho- tanto do CMI em seus processos de encaminhamento, quanto do HRC dando enfoque à equipe multiprofissional que se integra ao acolhimento fazendo uma escuta qualificada do paciente, auxiliando na resolução do problema apresentado; atividade central passa a ser o acolhimento;
- Qualificar a relação de trabalhador-usuário – tornando o atendimento mais humanizado.

Esta reorganização do processo de trabalho é um ponto em destaque, pois mesmo que existam as normatizações estruturando o processo de trabalho para a atenção à saúde, ele é permeado por subjetividades de modo que não pode ser simplesmente padronizável, devendo este ser construído entre os atores (SCHWARTZ E DURRIVE, 2007). Além do que em decorrência da organização em redes, as relações hierárquicas são substituídas pelas poliárquicas, e com os processos de trabalho também mudam. Neste último tipo de relação há uma dependência mútua entre as unidades e seus atores, pois nenhum detém o controle de tudo, são todos cooperadores e interdependentes, necessitando assim que se articulem para organizar o processo de trabalho. (FLEURY &OUVERNEY,2007)

A reorganização dos processos de trabalho acontece através dos espaços de negociação pactuação, que devem ser espaços democráticos de discussões, decisões e trocas que estimulem os profissionais a criarem novas propostas de melhorias. Permitindo assim a introdução de modificações no serviço que aprimorem



e qualifiquem a assistência como um todo, possibilitando a efetivação da organização do sistema em rede e conseqüentemente o alcance dos preceitos constitucionais do SUS. (BECK & MINUZI,2008)

Essa modificação pode ser vista através dos avanços alcançados por meio do processo de negociação, pois houve uma reorganização do processo de trabalho através do estabelecimento do fluxo de contrarreferência entre CMI – HRC, que auxilia o profissional na hora de encaminhar o paciente; mudança na compreensão sobre a contrarreferência com a visão da implantação de um acolhimento com atenção voltada para usuário; a implantação deste serviço de acolhimento que mudou a lógica de funcionamento do serviço no HRC; ampliação do fluxo para referência do usuário da APS para o HRC.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui realizado sobre o processo de negociação e definição de normas e fluxos de contrarreferência realizado entre duas unidades de saúde que resultou na implementação adicional de processos de referência na rede de saúde da Regional de Ceilândia proporcionou uma melhor compreensão sobre o tema, ao mesmo tempo demonstrando a sua importância como sendo um dos fatores para a efetivação da organização do sistema de saúde na lógica de redes de atenção à saúde.

Como ponto de partida buscou-se descrever e analisar o processo de negociação institucional entre CMI/HUB e o HRC sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes considerados com critérios de alta. E para isso, os objetivos específicos foram a descrição com base nos aspectos que foram negociados: critérios de alta; processos para o encaminhamento; percurso do usuário; processo de acolhimento; e da oferta de serviços de cuidados. O alcance dos objetivos se deu através da revisão documental, observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

A análise do material coletado permitiu visualizar o impacto das negociações e pactuações sobre o processo de trabalho e funcionamento das unidades, bem como as dificuldades que impedem a fluidez deste processo para que ele se torne constante e amplamente utilizado por todos os atores da rede.

Quanto ao impacto, se pode constatar que, a partir do momento que os atores se envolvem e se integram para discutir o seu processo de trabalho, sobre o que precisam melhorar, se abrem para as críticas e sugestões é possível alcançar maior êxito nas ações em que realizam. Isto só é possível, pois as partes estão articuladas onde negociam e pactuam para aspecto de suas atividades em conjunto, a partir de um consenso e não de imposições, como comentado na discussão, nas condições de sucesso para negociações.

As dificuldades envolvem questões complexas como, estimular os atores, convencê-los da necessidade de acordos e mudanças, conciliar a agenda dos atores para que eles possam se reunir e negociar, os avanços e recuos na dificuldade de encontrar consensos e saber fazer a gestão de conflitos. Isso demanda do gestor habilidades na gestão de pessoas, o que nem todos dispõem disto, porém a grande

pressão do dia-a-dia no trabalho também pode oprimir estas habilidades, pois eles não encontram tempo nem espaços para promover esses diálogos e discussões de negociação. Isto impede que estes processos de negociação sejam institucionalizados, e constantes, o que é extremamente necessário, pois mesmo após uma negociação, pactuação, o processo precisa continuar, uma vez que vão surgindo novas situações, problemas, indefinições que precisam ser avaliadas para que se reformulem e estabeleçam novas ações.

Sendo preciso, portanto, que seja feita uma reflexão sobre como superar estas dificuldades. Pensar sobre o que precisa ser feito para que o processo de negociação seja institucionalizado, um processo constante entre todos os membros que compõe a rede. Como já citado na discussão, a articulação e integração entre os membros é uma estratégia importante para o alcance dos objetivos em comum e a construção efetiva de uma rede de atenção à saúde.

Este estudo se limitou na descrição e análise somente entre duas unidades, que apresentam características peculiares que possivelmente contribuíram para que o processo de negociação fosse facilitado. É preciso um estudo mais amplo para que se possam identificar claramente quais são as barreiras para que os atores da rede utilizem dos processos de negociação para aprimorarem o serviço e que possam construir a rede de atenção. Além de buscar experiências exitosas que possam ser aplicadas em outras unidades.

Na experiência entre CMI e HRC e seus reflexos no fortalecimento da relação entre a APS e o HRC na rede de atenção da Regional de Ceilândia, o processo de negociação resultou em um fluxo de contrarreferência e referência, que está sendo utilizado como um projeto piloto para que se possa avaliar e posteriormente aplicar para outras unidades. É possível visualizar os avanços conquistados sobre fluxo construído, a mudança da percepção dos profissionais sobre os sistemas de referência e contrarreferência se voltando para uma atenção biopsicossocial, com implantação do serviço de acolhimento e a ampliação da oferta para a referência. Há poucos estudos sobre o sistema de contrarreferência e referência, e estes avanços e experiências podem contribuir no estudo sobre este sistema, que é um dos meios para que consiga a rede e atenção efetiva, além de contribuir para o avanço dos estudos na área de gestão de redes de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECK C.L.C, MINUZI D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica.** Saúde, Santa Maria, vol 34a, n 1-2: p 37-43, 2008. Disponível em: <http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/article/view/6496/3948> Acesso: 26 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 19 de outubro de 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 702 de 12 de Abril de 2002.** Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do idoso. Diário Oficial da União 12 de abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas.** Brasília,2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS — Doutrinas e princípios.** Brasília: 1990c . Disponível em: <<http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf>> Acesso em: 23 jun 2012.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 8142/90.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos

serviços correspondentes e das outras providências. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990a.

CARVALHO, R. R. . **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: competência dos cuidadores de pessoas dependentes**. Monografia/TCC apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados. 2011.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. *PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.343-362, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>> Acesso em: 13 jun 2012.

ESCOBAR, K. A. A. **Novos Paradigmas Na Assistência Ao Idoso: O Enfoque Da Prevenção E Promoção De Um Envelhecimento Saudável**. 2009 Disponível em: [http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/novos\\_paradigmas\\_na\\_assistencia\\_ao\\_idoso.pdf](http://www.cibs.cbciss.org/arquivos/novos_paradigmas_na_assistencia_ao_idoso.pdf)> Acesso em: 23 jun 2012.

FALEIROS V.; Silva J.F.S. et al. **A construção do SUS- histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. DF: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao\\_do\\_SUS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf)> Acesso em: 10 jun 2012

FLEURY, S. ; OUVÉNEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. . **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em : 15 fev 2013.

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. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_arquivos/4/TDE-2008-02-21T133636Z-5/Publico/Juciane%20Rosa%20Gaio%20Fratini.pdf](http://www6.univali.br/tede/tde_arquivos/4/TDE-2008-02-21T133636Z-5/Publico/Juciane%20Rosa%20Gaio%20Fratini.pdf)> Acesso em : 08 jun 2012.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo and CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros"**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, suppl.2. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>> Acesso em: 07 jul 2012

JUNQUEIRA, Luiz Augusto Costacurta. **Negociação**. 9. ed. Rio de Janeiro: COP Editora, 1993.

JULIANI, C. M. C. M. & CIAMPONE, M. H. T. **Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1999, vol.33, n.4, pp. 323-333. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n4/v33n4a01.pdf>> Acesso em : 10 jun 2012

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. SãoPaulo: Atlas, 2003

MATTA, G. C. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=95>> Acesso em: 13 jun 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: 19 fev 2013.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 547-573

SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (Orgs.) (2007). **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: EdUFF.

SCHWARTZ Y. **Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique**. Paris: PUF; 1998. Apud .Scherer, Magda Duarte dos Anjos, Pires, Denise and Schwartz, Yves **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde**. Rev. Saúde Pública, Ago 2009, vol.43, no.4, p.721-725

SILVA, E. & BARROS, I. **Nível de implementação e papel do CMI/HUB na Rede de atenção a pessoa idosa em 4 Regionais de Saúde da SES/DF. Estudo exploratório** [Projeto de intervenção do Estágio Supervisionado de Saúde Coletiva II] Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, 2011.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato, L. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.627-662.

TELLES, J. L. **O desafio da atenção integral à saúde da população idosa brasileira**: notas para a revisão das portarias GM nº 702, de 12 de abril de 2002 e portaria SAS nº 249, de 16 de abril de 2002, Brasília, 2010. Maio, 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao\\_portaria\\_702\\_249.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_portaria_702_249.pdf)>. Acesso em 16 de jun de 2012

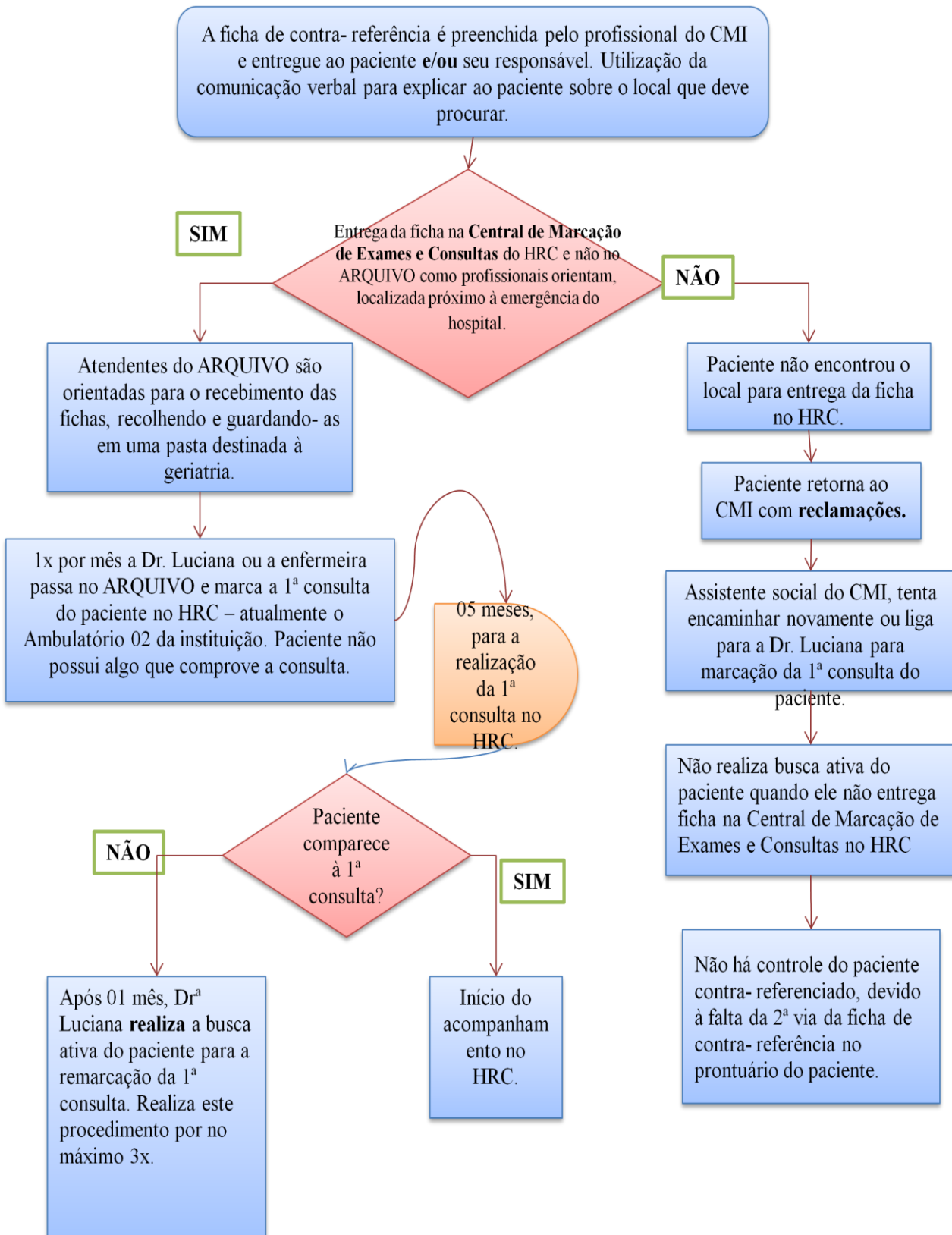
THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa ação**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

WATANABE, H. A. W. , [et al.] **Rede de atenção à pessoa idosa**. Coordenação Geral Áurea Eleotério Soares Barroso. São Paulo: Secretaria estadual de assistência e Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

## APÊNDICES

## Apêndice I

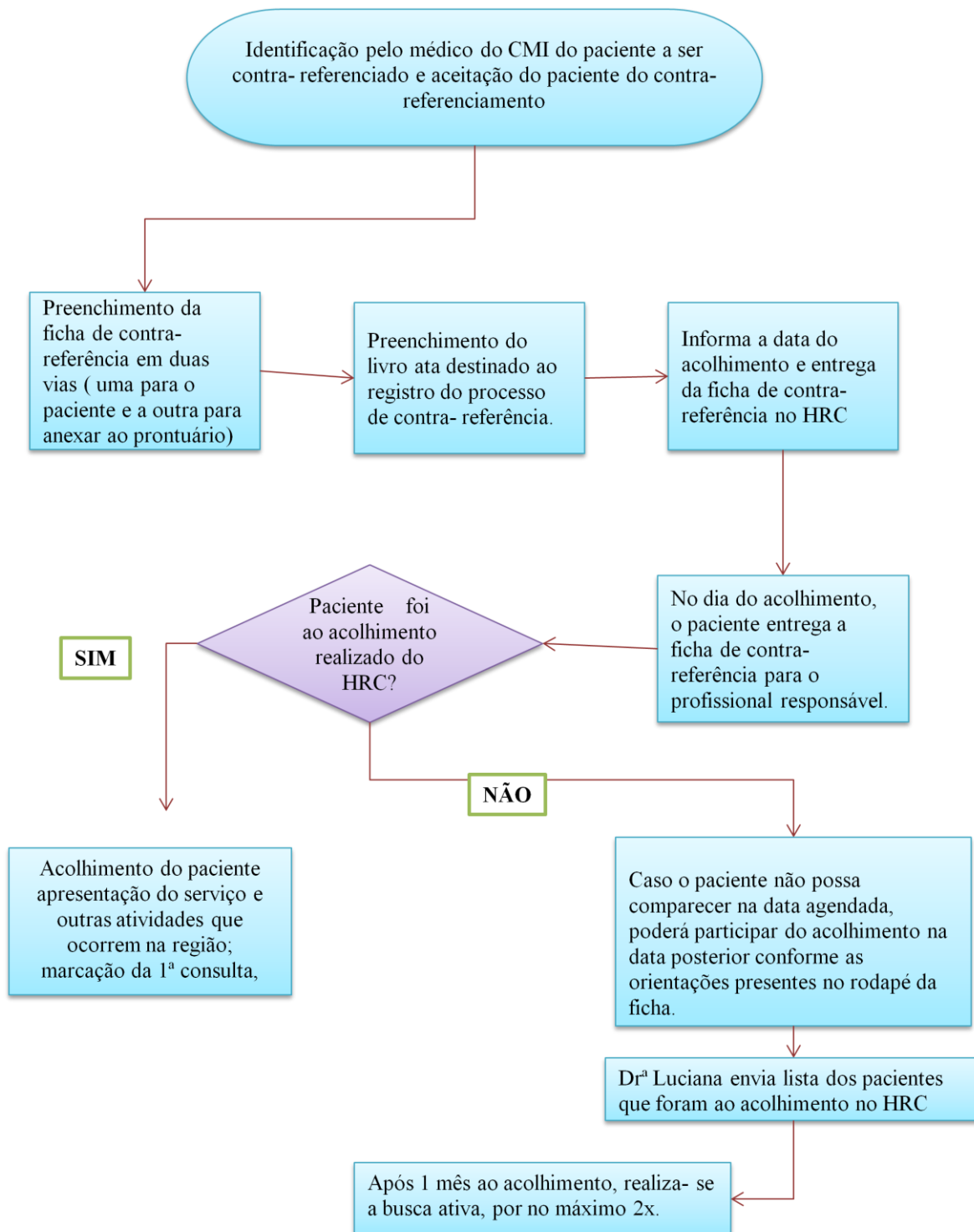
## Percurso do Paciente Contra- Referenciado antes do Processo de Mudança





## Apêndice II

### Percurso do Paciente Contra- Referenciado após o Processo de Mudança



## ANEXOS

### Anexo I

#### Roteiro entrevista semi-estruturada

##### -Um relato geral do processo;

1) De acordo com a sua participação/envolvimento no processo de mudança quanto ao sistema de contrarreferência, poderia fazer um relato de como ele aconteceu. Como, na sua visão, foi este processo, desde o início do fluxo de contrarreferência a sua implementação?

- Mostrar fluxos. Resumo que a pesquisadora está fazendo neste momento.

Você acha que estes diagramas refletem o que foi modificado? O que você modificaria nesses diagramas?

##### - Sua opinião sobre esses 4 momentos para cada componente

2) Quando organizo todo o processo visualizo que cada modificação teve basicamente 4 momentos:

1- Havia uma situação de partida – Como era este processo [pedaço do fluxo] de contrarreferência antes da mudança, ou como este processo ainda é, por não ter sido alterado pelo projeto;

2- Houve uma proposta inicial de modificação deste processo;

3- Se realizaram modificações e negociações nestes meses; e

4- Acabou se implantação uma modificação desse aspecto. Está tudo definido em relação a esse aspecto? Faltaria implementar alguma parte do acordado? Precisaria ser melhorado? Situação dos acordos ou indefinições, sobre este processo no momento da conclusão do estudo.

Comente sobre cada um destes momentos.

##### Sua opinião mais específica sobre os aspectos da negociação: diálogo, disposições dos atores, acordos, conflitos,

3) Comente especificamente sobre os aspectos da negociação: diálogos, disposição dos atores, acordos, conflitos...

-Como foi o processo de negociação?

-Quais foram os momentos de negociação mais difíceis? Por quê?

- Como você percebe o papel das negociações para o processo de contrarreferência?

## Anexo II

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, na condição de entrevistado da pesquisa: **A construção da Contrarreferência como elemento para estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações entre duas unidades de saúde para este processo.**

O objetivo desta pesquisa é: **Descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal – Centro de Medicina do Idoso/Hospital Universitário e Centro de Atenção ao Idoso regional de Ceilândia/Hospital Regional de Ceilândia, sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes considerados com critérios de alta para serem contrarreferenciados.** Os métodos utilizados para coleta de dados serão a revisão documental, observação participante e entrevistas.

A sua participação será através de uma entrevista semi- estruturada que o(a) senhor(a) deverá responder, de forma voluntária, em seu local de trabalho na data combinada com um tempo estimado para sua realização de uma hora, com a gravação do áudio . Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o seu tempo para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador, sendo garantido o seu sigilo e a privacidade.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr. José Antonio Iturri de La Mata , na instituição Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia telefone: 9288-4487 , em horário comercial.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

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

---

Nome / assinatura

---

Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo III

### Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz

#### para fins de pesquisa

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado **A construção da Contrarreferência como elemento para estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações entre duas unidades de saúde para este processo.**, sob responsabilidade de José Antonio Iturri de La Mata vinculado(a) ao/à Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia.

Meu som de voz pode ser utilizado apenas para análise da entrevista por parte da equipe de pesquisa.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, de meu som de voz.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a)  
pesquisador (a)

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Anexo IV

## Ficha de Contrarreferência do CMI antes da proposta de mudança



## Ficha de contra- referência – Geriatria/ CMI



Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Ao: \_\_\_\_\_

Lista de problemas:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_

Orientações gerais ao paciente:

---



---



---



---



---



---



---



---

Orientações gerais ao médico assistente:

---



---



---



---



---



---



---



---

Data:

Médico:

O Sr.(a) está sendo encaminhado(a) a um serviço de saúde mais próximo da sua residência, que deverá acompanhá-lo a partir de agora. Leve essa ficha a esse serviço para marcar sua consulta médica. Caso haja mudanças significativas na sua saúde, pergunte a seu médico se é necessária nova consulta no CMI e peça no encaminhamento

## Anexo V

## Ficha de Contrarreferência do CMI depois da proposta de mudança



## Ficha de contra- referência – Geriatria/ CMI



Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ anos

Unidade de contra- referência: \_\_\_\_\_

O Sr. (a) deverá comparecer:  
Local:  
Data do acolhimento e entrega desta ficha:  
Horário:

Lista de problemas:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_

Orientações:

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico:

O Sr.(a) está sendo encaminhado(a) a um serviço de saúde mais próximo da sua residência, que deverá acompanhá-lo a partir de agora. Leve essa ficha a esse serviço para marcar sua consulta médica.

Caso o Sr. (a) não possa comparecer na data marcada para o seu acolhimento, devido a eventuais problemas e/ou não funcionamento da unidade, compareça à instituição na semana seguinte.

## Anexo VI

### Ficha de Referência utilizada pela SES-DF



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO  
AMBULATÓRIO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA



### FICHA DE REFERÊNCIA

Esta ficha é **ESSENCIAL** para marcação de consulta no Serviço de Geriatria, que funciona em esquema de referência e contra referência com o médico assistente. O fato do paciente estar sendo tratado temporariamente na Geriatria **NÃO** o desliga dos grupos especiais do Centro de Saúde.

#### Critérios para atendimento na Geriatria:

1. 80 anos (ou mais); **ou**
2. 60 anos (ou mais) com pelo menos um dos critérios abaixo:
  - Dependência em atividades básicas de vida diária
  - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, demência, depressão, delirium/confusão mental)
  - Parkinsonismo
  - Incontinência urinária ou fecal
  - Imobilidade parcial ou total
  - Instabilidade postural (quedas de repetição, fratura por baixo impacto - fêmur)
  - Polipatologia (5 ou mais diagnósticos)
  - Polifarmácia (5 ou mais medicamentos contínuos)
  - Descompensações clínicas ou internações frequentes

#### Motivo do encaminhamento (resumo da história clínica e medicamentos em uso)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

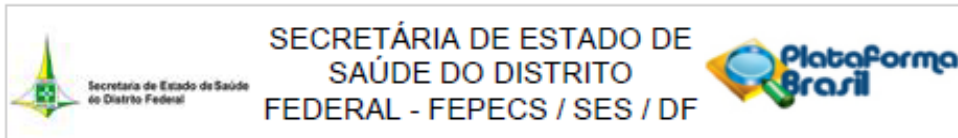
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico:

Caso o Sr. (a) não possa comparecer na data marcada para o seu acolhimento, devido a eventuais problemas e/ou não funcionamento da unidade, compareça à instituição na semana seguinte.

## Anexo VII

### Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A construção da Contrarreferência como elemento para estruturação da Rede de Atenção ao Idoso: o papel das pactuações entre duas unidades de saúde do DF para este processo.

**Pesquisador:** José Antonio Iturri de la Mata

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 08554312.0.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 187.304

**Data da Relatoria:** 21/01/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

O Centro de Medicina do Idoso é um serviço de atenção ambulatorial especializada, e por ter esta característica é essencial para o acesso da população e garantia da atenção, que este serviço esteja ofertado de forma hierarquizada e regionalizada, existindo comunicação entre o Centro e os diversos níveis de atenção, formando uma rede integrada, com sistema de referência e contrarreferência, viabilizando a continuidade da atenção ao usuário do sistema e a integralidade do cuidado a ser prestado. (Solla, Chioro, 2008)

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### Objetivo Geral

Descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso do Distrito Federal, Centro de Medicina do Idoso/Hospital Universitário de Brasília e Centro de Atenção ao Idoso Regional de Ceilândia/Hospital Regional de Ceilândia, sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes.

##### Objetivos específicos

O estudo baseia-se na descrição e análise de negociação dos seguintes aspectos:

Definição dos critérios de alta para iniciar a contrarreferência;

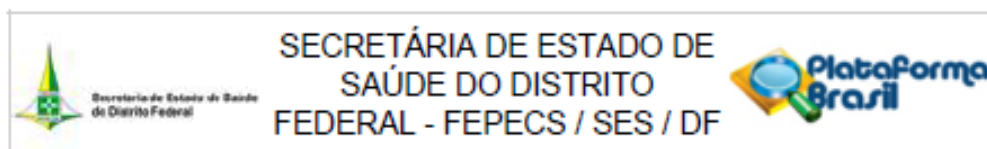
Dos processos para o encaminhamento de contrarreferência no Centro de Medicina do Idoso;

Definição do percurso do usuário até o Centro de Atenção regional;

Do processo de acolhimento do usuário contrarreferenciado na unidade regional;

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesedf@saude.df.gov.br





E da oferta de serviços de cuidados para estes usuários no Centro de Atenção ao Idoso da regional de Ceilândia.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Diante disto, para o alcance dos objetivos a qual o estudo se propõe, que é de descrever e analisar o processo de negociação institucional entre o CMI/HUB e HRC, sobre o fluxo de contrarreferência de pacientes em estado de alta, a abordagem metodológica escolhida que se adéqua aos objetivos, se trata da pesquisa-ação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância do diretor do HRC e do chefe da geriatria, Curriculum vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e TCLE.

**Recomendações:**

\*Falta requerimento para parecer do CEP/SES/DF. Pendência atendida.

\*O TCLE deverá ser elaborado com linguagem simples e acessível ao sujeito da pesquisa, de tal modo que o paciente possa ser suficientemente esclarecido e não apenas informado, quanto a todos os detalhes do projeto de pesquisa, portanto deverá ficar claro para o sujeito da pesquisa termos como: referência e contrarreferência, semi-estruturado (esses termos devem ser definidos em linguagem simples como se os sujeitos da pesquisa fossem todos sem instrução ou escolaridade), etc, assim como no questionário semiestruturado

deverá ser retirada as siglas e quando necessárias defini-las. Pendências atendidas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas.

Obs:Retirar siglas do questionário semi-estruturado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepesdf@saude.df.gov.br