

**ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL FREI NIVALDO LIEBEL - ASSEFRENI  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADA - FACISA**

**SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**x**

**Xaxim – SC Dezembro/2015**

**Associação Educacional Frei Nivaldo Liebel - ASSEFRENI**  
**Faculdade De Ciências Sociais E Aplicada - FACISA**  
**Especialização Latu Sensu Em Urgência, Emergência e Trauma**  
**Professora: Iara Woitowitz**

**SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**x**

**Xaxim – SC Dezembro/2015**

## RESUMO

A oferta e demanda de saúde no Brasil sempre foi pauta de ações, políticas e estratégias para alcance de todos que a ela procuram. O Sistema Único de Saúde (SUS) responsabiliza-se por oferecer acesso à saúde e com qualidade a toda população, no entanto, ter essa tarefa é um desafio e organizar os serviços prestados e a procura torna-se complexo. Portanto, é imprescindível a reflexão e tomada de atitudes para que esses obstáculos sejam ultrapassados, nesse viés o Sistema de Referência e Contrarreferência vem com o intuito de auxiliar na disposição dos recursos ofertados pelo SUS e criando um fluxo de usuários. A magnitude desse sistema refere-se à otimização da rede de assistência em saúde. Perante tais afirmações, essa Monografia se propôs-se a desenvolver uma pesquisa bibliográfica com o objetivo de colaborar para a compreensão do Sistema de Referência e Contrarreferência nos Serviços de Urgência e Emergência, contribuindo assim para a qualidade da assistência prestada aos pacientes assistidos nesse serviço.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Sistema de Referência e Contrarreferência. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Health supply and demand in Brazil has always been the object of actions, policies and strategies in order to be provided to the people efficiently. Unified Health System provides the access to health to the entire population. However, this task is a challenge, since organize the services provided and the demand can be complex. Therefore, it is important to reflect and perform actions to overcome these challenges. In this sense, the Reference and Counter-Reference System is intended to assist in the provision of resources offered by SUS and creating a flow of users. The magnitude of this system refers to the health care network optimization. In this context, this monograph presents a bibliographic research with the objective of contributing to the understanding of the Reference and Counter-Reference System in the urgency and emergency services, contributing to the quality of the support provided to patients of this service.

**KEYWORDS:** Nursing. Reference and Counterreference System. Health Unique System.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>9</b>
2.1 Sistema Único de Saúde: Princípio e Diretrizes	10
2.2 Sistema de Referência e Contrarreferência: conceitos e aplicabilidades	12
2.3 Enfermagem no contexto da Referência e Contrarreferência	15
2.4 Atenção Básica	17
2.5 Integralidade da Assistência	21
2.6 Sistema Manchester de Classificação de Risco	24
2.7 Humanização nas Emergências	26
2.8 Continuidade do cuidado	27
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>4 RESULTADOS: apresentação de dados</b>	<b>30</b>
<b>5 OBJETIVO GERAL</b>	<b>32</b>
<b>6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>32</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>33</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>34</b>
<b>9 ANEXOS</b>	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro foi criado mediante a diversos transtornos políticos e sociais, os quais impuseram uma reformulação do sistema de saúde implantado no país. Os principais problemas que contribuíram para reformular os parâmetros da saúde juntamente com a reforma sanitária foram a desigualdade no acesso aos serviços de saúde; crescimento e descoordenação entre as instituições atuantes na área; desorganização dos recursos destinados às ações de saúde, tanto curativas quanto preventivas; baixas resoluções e produção dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção; por fim a escassez de recursos financeiros e gestões centralizadas, pouco participativas (CRUZ, 2011).

Levando em consideração os problemas descritos e o dever do Estado em garantir acesso e qualidade a saúde, o SUS constitui o modelo público de ações e serviços de saúde, o conjunto de princípios e diretrizes que norteiam o sistema é válido para o todo o território do Brasil. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, Art.196).

O SUS, assim como descreve Souza (2002, p.12) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, “sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer”. No entanto é preciso compreender que gerir um sistema de saúde o qual abrange aproximadamente duzentos milhões de brasileiros é desafiador, exigindo comprometimento e determinação, seja em âmbito federal, estadual ou municipal essa tarefa torna-se complexa (ROSA, 2015).

Deve-se considerar que a organização do sistema público de saúde, no Brasil, oriunda-se da realidade e também relacionada aos acontecimentos históricos que culminam com a construção e adaptação contínua do (SUS). No entanto o cargo de oferecer acesso a saúde a todos, por consequência a criação do SUS, acarretou em aumento da demanda pelos serviços públicos e gerou a necessidade de novas formas de dualismo, concretizadas através da implantação de planos de saúde.

Desde que o Sistema Único de Saúde foi instituído no País, por meio da Constituição Federal de 1988, a estratégia para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente pela co-responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Porém a efetivação desta estratégia tem sido recentemente ressaltada em documentos oficiais e visualizada a partir da criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais. Estes visam o estabelecimento de relações cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde resolutivos e de melhor qualidade (VIANA et. al., 2008).

Nessa direção, para que a reestruturação do SUS se torne viável, é importante que ocorra o referenciamento dos usuários nos seus diversos níveis de atenção à saúde, por isso, o Sistema de Referência e Contrarreferência é uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelos sujeitos que procuram os serviços de saúde (Alves, 2015). Especificamente o Sistema de Referência e Contrarreferência, como descreve Dias (2012) é um mecanismo administrativo em que os serviços são dispostos de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços ofertados pelo SUS.

Logo, quando o usuário busca/necessita de atendimento especializado procura as unidades básicas de saúde, essas unidades são a entrada para os serviços de maior complexidade, essas são chamadas de “Unidades de Referência” onde o usuário quando atendido na unidade básica necessita ser “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de atendimento especializado (DIAS, 2012). Portanto, “é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários” (BRASIL, 2011).

Ainda, Brasil (2011) salienta a compreensão de rede, reafirmando a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade,

viabilizando encaminhamentos resolutivos, no entanto, reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, intequipes/serviços, entre profissionais e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011).

Tem-se no Brasil, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que trazia entre suas diretrizes a regionalização e hierarquização de serviços. A cobertura de serviços de saúde foi definida pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) resolução nº 03/81 como "oferta sistematizada de serviços básicos de saúde", que satisfaçam às necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema de serviços de saúde (JULIANI e CIPIONE, 1999).

Segundo a mesma resolução, os níveis de complexidade classificados em primário, secundário e terciário, são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem (op. cit.).

Estes autores definem como nível primário as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial; secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica; terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência.

Assim sendo, avaliações contínuas do Sistema de Referência e de Contrarreferência e de normas institucionais com vistas à garantia desta articulação beneficiam a realização conjunta de medidas padronizadas para estes encaminhamentos nas devidas instâncias. No entanto, segundo Alves (2015), pode-se perceber que, apesar a existência do sistema de referenciamento, os serviços de emergência e urgência estão funcionando, cada vez mais, como porta de entrada do sistema de saúde, portanto, recebe todo tipo de paciente desde os graves até os casos mais simples, que poderiam e deveriam ser resolvidos na atenção primária à saúde (APS).



Tendo em vista que o Sistema de Referência e Contrarreferência tem sido aplicado com dificuldade a nível dos Serviços de Urgência e Emergência em algumas instituições, uma vez que existe um alto número de pessoas atendidas, a imprevisibilidade, área (infraestrutura) reduzida, de acordo com Alves (2015), fazem com que os serviços de urgência e emergência se tornem locais com extrema dificuldade para organização do trabalho. Para tanto se faz necessárias capacitações e orientações para os profissionais, cujo objetivo consiste em colaborar para o uso deste sistema nos hospitais no âmbito de urgência e emergência, contribuindo assim, para a qualidade e continuidade da assistência prestada aos pacientes assistidos nas instituições.

Acredita-se que a realização desta proposta contribua para a integração da assistência e corrobora para a humanização e organização do serviço de saúde, pela sistematização de condutas frente aos encaminhamentos de contrarreferência. Disponibilizando e oferecendo inúmeros recursos pertencentes ao SUS, efetivando realmente o compromisso de saúde aos brasileiros sem qualquer exclusão ou negligência.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Essa Monografia trata-se de um referencial teórico sobre o Sistema de Referência e Contrarreferência no Serviço de Urgência e Emergência. Nesse tópico estão sendo descritas as principais fontes bibliográficas que embasam esse estudo, portanto, durante o desenvolvimento do mesmo diversos autores e trabalhos serão mencionados, procurando afirmar e discutir o assunto escolhido para escrita.

No intuito de dar consistência a Monografia, parte-se da afirmativa de que esse referencial teórico está embasado em alguns autores, tais como: Traverso-Yepes (2004), Rizzotto (2002), Fratini, Saupe e Massaroli (2008), Pereira et al. (2007), Madeira (1994), Hoffmann (2008), Juliani e Cipione (1999), entre outros que trabalham com os temas sobre o Sistema de Referência e Contrarreferência, assistência, integralidade, humanização, cuidado continuado, ainda foram utilizados para explicitar o papel dos

profissionais da saúde na temática abordada.

Foram utilizados documentos e sites do Ministério da Saúde, em que estão Leis, Diretrizes e Princípios que envolvem o Sistema de Referência e Contrarreferência, ainda, nos mesmo encontram-se detalhes do Sistema Único de Saúde, bem como, políticas, estratégias, sistemas, programas que são utilizados para ofertar o acesso na saúde por todos os que residem no Brasil. Poucos estudos são encontrados sobre o Sistema de Referência e Contrarreferência nas Unidades de Saúde, contrapondo a real importância desses, para o entendimento do assunto.

A seguir, um breve esclarecimento sobre os seguintes assuntos: Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes; Sistema de Referência e Contrarreferência: conceitos e aplicabilidades; Enfermagem no Contexto da Referência e Contrarreferência; Atenção Básica; Integralidade da Assistência; Sistema Manchester de Classificação de Risco; Humanização nas Emergências e Continuidade do Cuidado.

## **2.1 Sistema Único de Saúde: Princípio e Diretrizes**

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também denominada “Lei Orgânica da Saúde”, tendo como princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado (REIS, ARAÚJO e CECÍLIO, 2012). Os princípios estabelecidos pela Lei nº 8.080, Art. 7 são:

- I) A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos seus níveis;
- II) Integralidade de assistência;
- III) Preservação da autonomia das pessoas;
- IV) Igualdade da assistência de saúde;

- V) Direito à informação;
- VI) Divulgação de informações;
- VII) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades;
- VIII) Participação da comunidade;
- IX) Descentralização político administrativa;
- X) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII) Capacidade de resolução dos serviços;
- XIII) Organização dos serviços públicos, evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

O Sistema Único de Saúde como trata-se de um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público, procurando unificar todas as instituições e serviços de saúde em um único sistema. Como diretrizes são tomadas as seguintes, a descentralização, atendimento integral e participação popular, a criação desse sistema de saúde representou avanço, principalmente, pelos seus princípios de organização que garantem acesso aos serviços de saúde por todos e participação dos cidadãos no processo de formulação de políticas de saúde e controle da execução das mesmas (TRAVERSO-YEPES, 2004).

O SUS, até os atuais tempos, “favorece avanços em uma série de políticas de saúde, algumas reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde como exemplos de experiências exitosas para outros países” (LIMA, CARVALHO e COELI, 2018, p.1).

O SUS possibilitou a construção de uma base técnica e institucional de sustentação das políticas de saúde, ancorada na atuação de grupos e organizações majoritariamente setoriais, no marco constitucional (reconhecimento do direito à saúde) e em regulamentações específicas, no financiamento público (mesmo que insuficiente) e na ampliação de insumos, ações e serviços (LIMA, CARVALHO e COELI, 2018, p.1).

No entanto para atender aproximadamente duzentos milhões de usuários foi

necessárias mudanças, adaptações e aplicação de estratégias para melhor funcionamento de suas ações. Para uma melhor reorganização do modelo assistencial e contribuir para os princípios do SUS, foi criada as Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde atende a população em geral contribuindo assim para um atendimento integral e de qualidade.

O SUS atrelado a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, ampliam as fronteiras de atuação, visando uma maior resolubilidade da atenção, sendo compreendida como a estratégia principal para a mudança, sempre integrando a o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2011). Logo é necessária a consolidação de estratégias que possam contribuir na capacidade de produção de resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

## **2.2 Sistema de Referência e Contrarreferência: conceitos e aplicabilidades**

O Sistema de Referência e Contrarreferência foi criado para organizar melhor os serviços prestados pelo SUS, acolhendo e acompanhando mais pacientes. No entanto, “problemas na organização desse sistema são observados em alguns estudos desde a década de oitenta (80), mas apesar desta constatação, no Brasil poucos foram os estudos que se dedicaram a avaliar a implantação de mecanismos formais de referência e de contrarreferência do SUS” (PERCEBO, 2016, p.12).

O Sistema de Referência e Contrarreferência em saúde foi criado para melhorar a atenção global ao paciente. Através de uma troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de assistência, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente (SANTOS, 2015, p.12).

Quando esse sistema, como descreve Santos (2015), é ineficiente ou inexistente prejudica o seguimento do sujeito em suas patologias diferentes, impedindo a conexão entre patologias de diferentes áreas da medicina e saúde como um todo, dificultando a avaliação longitudinal do paciente, intervindo até mesmo na adesão correta do indivíduo ao seu tratamento, também, aumenta os gastos na saúde, criando encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados. Os conceitos de Referência e

Contrarreferência em saúde, apesar de serem como bases para a mudança almejada para os setores da saúde, ainda se encontra em um estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos sentidos teóricos quanto à efetivação e divulgação de experiências exitosas ou não (FRATINI, SAUPE e MASSAROLI, 2008).

A Referência é utilizada para o encaminhamento do usuário para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, hospitais, clínicas especializadas. Enquanto a Contrarreferência trata-se da necessidade do paciente ser mais simples em relação aos serviços de saúde, ou seja, esse indivíduo deve ser encaminhado para um atendimento mais primário, a uma unidade mais próxima de seu domicílio.

As unidades de saúde próximas às residências, chamadas de sistemas locais de saúde, a partir de Novaes (1990) tem incumbência de atender às necessidades da população em que está inserida, a assistência ofertada deve estabelecer equilíbrio dentro e fora do hospital, se os problemas de saúde podem ser resolvidos nas unidades de saúde torna-se, portanto, dispensável o acesso e utilização de serviços do hospital, bem como o acesso de serviços e apoio dos estabelecimentos de Referência. Logo, se faz necessário uma estratégia de comunicação entre o sistema de maior complexidade e o de menor complexidade, no momento de internação ou alta hospitalar, respectivamente.

Propiciando dessa maneira um histórico de saúde e tratamentos passados, assistindo efetivamente o paciente, nesse processo se encontra o Sistema de Referência e Contrarreferência dentro do sistema de saúde, em que um sistema informa o outro sobre o estado de saúde, doença e seu tratamento. Por exemplo, para o funcionamento das Equipes de Saúde da Família (ESF) é fundamental que haja organização da Referência e Contrarreferência, fluxo dos usuários aos serviços especializados, apoio diagnóstico, ambulatorial e hospitalar, para tanto a rede de serviços deverá ser mapeada, o sistema de comunicação ser efetivo e atuante e o sistema de regulação tanto para consulta ambulatorial como para internação hospitalar em que deverá priorizar os critérios clínicos de sua realização, sem que o sistema esteja funcionando de forma harmônica, a ameaça de fragmentação dos sistemas de saúde começa a se tornar real na maioria das municípios brasileiros, (FRANCO, 2002).

Na saúde a Referência e Contrarreferência ocorrem através do encaminhamento do centro de maior complexidade (Referência) para o de menor complexidade (Contrarreferência), ou seja, do hospital para a Unidade Básica de Saúde abrangente do usuário, sendo um método de complemento da assistência diante de suas necessidades, o que vem a integrar as equipes de saúde e facilitar o acesso dos usuários e colocar em prática os princípios do SUS. Esse sistema é considerado por Machado, Colomé e Beck (2011), como um dos pontos importantes para viabilizar o processo de implantação do SUS, onde a estrutura, o fluxo de encaminhamentos de usuários aos níveis diferentes de atenção será facilitado.

Contribuindo, ainda, na demanda no Pronto Socorro, uma vez que tal oferece atendimentos a pacientes que não necessitam de internação ou observação, por consequência do não referenciamento e atendimento nos serviços de atenção primária ou em serviços de menor complexidade como as Unidades Básicas de Saúde, além da maioria dos pacientes internados com necessidades de cuidado mínimos e intermediários, principalmente nas unidades de observação. Para a concretização e estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência, a partir da descrição de Dias (2012), é preciso que as unidades que compõe o sistema sejam hierarquizadas, classificadas pelo tipo de serviços, equipamentos e profissionais especialistas e por consequência a capacidade de resolutividade.

Diante do referenciado nota-se a Referência de ocorrência, o discernimento das necessidades, a fim de proporcionar alternativas viáveis de encaminhamentos, assegurando o prosseguimento dos serviços de saúde. Portanto, a Referência de um usuário requer a transferência para um especialista ou estabelecimento especializado a partir de um centro de saúde menor, ou vice-versa. Para a consolidação e o sucesso desse sistema é fundamental a comunicação entre as equipes e a confecção de registros, sendo indispensável o uso da comunicação pessoal ou por telefone, a fim de repercutir na melhora da qualidade da assistência oferecida ao usuário, bem como na instrução de todos os envolvidos nesse processo promovendo o cuidado integral.

Essa “Referência”, consiste de uma comunicação em dois sentidos, como já mencionado, ou “Contrarreferência”, que implica em uma interação dinâmica entre os

níveis diferenciados dos sistemas “compreensivos” de saúde, assim, devem existir normas e procedimentos claros e para que isso aconteça cada serviço de saúde precisa ter conhecimento profundo sobre os estabelecimentos disponíveis e sua competência apropriada nos diferentes níveis dentro de uma determinada área de captação (NOVAES, 1990). Com a implantação do Sistema de Referência e Contrarreferência, muitas vezes o usuário pode ter a garantia ao acesso e na qualidade da assistência prestada, para isso deve-se avaliar e analisar os resultados, sendo bons ou ruins, bem como a participação ativa dos serviços envolvidos.

### **2.3 Enfermagem no contexto da Referência e Contrarreferência**

A enfermagem assim como descreve o Conselho Regional de Enfermagem (Coren, 2016), exerce suas atividades com competência para a promoção da saúde humana em sua integralidade, de acordo com a ética e bioética, e como integrante da equipe de saúde, participa de ações que buscam satisfazer as necessidades de saúde da população, bem como a defesa dos princípios das políticas públicas de saúde, garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência resolutividade e descentralização político administrativa dos serviços de saúde. Portanto, a enfermagem está inserida no Sistema de Referência e Contrarreferência, uma vez que o mesmo tem o intuito de organizar os serviços de saúde e disponibilizar acesso a saúde para todos os moradores do Brasil.

Assim, corrobora Hoffmann (2008) quando diz que a construção do Sistema de Referência e Contrarreferência, pertence a diferentes cenários, com diversos profissionais, incluindo o enfermeiro, contribuindo para um grande desafio, sendo necessária prioritariamente a conscientização do papel que cada profissional envolvido possui. Pode ser descrito como exemplo da enfermagem no contexto da Referência e Contrarreferência a grande preocupação em garantir a continuidade de tratamentos, conforme Pereira et al. (2007), a concisão das internações e evitar internações tem sido um obstáculo no momento de planejamento da alta hospitalar.

No âmbito da alta hospitalar são observados diversos fatores que influenciam durante e após esse processo, como mudanças de rotinas, procedimentos invasivos, o que para Silva (2009) traz consequências biopsicossociais em um sujeito durante a internação hospitalar, e essa para tanto deve ser planejada, estruturada e executada de forma a gerar menos danos ao paciente. A partir da alta hospitalar tem-se uma nova etapa, segundo Juliani e Cipione (1999), é quando se tornam reais os cuidados e as orientações após a alta hospitalar, em que o conjunto familiar se adapta a nova realidade, isso se torna possível com a estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência aos diferentes níveis de atuação, dando suporte a saúde desses indivíduos.

Refletir sobre a alta hospitalar de acordo com Madeira (1994) é uma atividade que o enfermeiro interdisciplinar tem que pensar desde o momento da internação do paciente e sobre o início da alta hospitalar, pressupõe-se que o sucesso do plano de alta, dependerá de todos os profissionais envolvidos, especialmente, do momento inicial, pois é neste momento que a equipe multiprofissional estabelecerá um relacionamento de confiança com a família, trocando informações sobre o paciente. Esse processo de troca de informações, muitas vezes, devido à ansiedade de ir para a casa, as orientações realizadas pela equipe podem ser ignoradas, sem questionamento ou dúvidas o que compromete o tratamento.

No entanto, em contraposição, raramente ocorre o plano de alta e no momento em que o paciente recebe a alta hospitalar o enfermeiro se depara com a difícil tarefa de orientar o paciente, a família e também de fazer Contrarreferência para a Unidade Básica, que acompanhará o paciente a partir de então. O que significa para Pereira et al. (2007) que a prática mostra que é pouco comum o enfermeiro da área hospitalar realizar a Contrarreferência à Unidade Básica, mesmo estando ciente de sua importância.

Por fim, cabe ressaltar que o Sistema de Referência e Contrarreferência é um dos processos de maior relevância para a viabilização do SUS, porque, a partir de sua estruturação é efetivado o acesso regulado de pacientes aos diversos níveis de atenção (JULIANI e CIPIONE, 1999). Conclui-se que o Sistema de Referência e Contrarreferência é realizado por profissionais capacitados, sejam eles enfermeiros e/ou



médicos, onde os mesmos referenciam o paciente para um centro de maior complexidade (hospital) ou para um centro de menor complexidade (ESF) no momento da internação ou da alta hospitalar, respectivamente.

## **2.4 Atenção Básica**

De acordo com Brasil (2006) a Atenção Básica se caracteriza pelo conjunto de ações de saúde, individualmente ou coletivamente, abrangendo a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p.10).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir de Brasil (2012) resultou-se da experiência acumulada por um conjunto de fatores envolvidos historicamente, juntamente com a consolidação dos Sistema Único de Saúde, com os movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das esferas governamentais.

Segundo Brasil (2011), a Atenção Básica apresenta os seguintes fundamentos e diretrizes:

I - Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e

funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações

profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica;

V - Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

Dessa forma torna-se fundamental, como descrito por Brasil (2007), o conhecimento e discussão pelos gestores do SUS, das áreas de atenção básica em saúde, média e de alta complexidade, objetivando uma implementação adequada de suas ações em complementação da atenção básica, garantindo-se que o sistema público de saúde brasileiro atenta efetivamente a população. A Atenção Básica deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção. Assim sendo, é de grande valia a presença de profissionais de diferentes áreas para um atendimento com sucesso ao usuário, para que as ações sejam compartilhadas por estas unidades.

É necessária a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica, para dessa forma chegar ao alcance de resultados que possam atender necessidades de saúde da população, de tal maneira todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, são denominados Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2017). Para tanto, é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a

responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Como auxílio a PNAB foi aliada, desde 1994 pelo Ministério da Saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando acabar ou minimizar a ideia de assistência emergencial, tratando os pacientes apenas quando estão doentes, e praticar a atenção primária, está sob a corresponsabilidade da União, estados e municípios. Buscando a diminuição da “pressão” nos hospitais públicos, que não possuem estrutura suficiente para suportar prevenção e tratamento (MV, 2018). Como resultado principal dessa interligação é a disponibilização de acompanhamento integral, multidisciplinar e comandado por equipes treinadas, que vão até as residências, local onde o cidadão vive, sendo a premissa essencial para o sucesso da ESF (MV, 2018).

A ESF procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, enfim, da promoção da qualidade de vida da população, constituindo-se em uma proposta com dimensões técnica, política e administrativa inovadora. “Ela pressupõe o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde” (BRASIL, 1998).

As Unidades de Atenção Básica de Saúde estão instaladas em locais de fácil acesso da população, a fim de garantir à população uma atenção à saúde de qualidade, disponibilizando conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica. Esse processo com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, diminuindo danos e sofrimentos, responsabilizando-se pela efetividade do cuidado.

A Atenção Primária da Saúde, por andar em paralelo com a ESF, é considerada mais adequada para a entrada ao sistema de saúde para todas as demandas, pelo fato dessas unidades de saúde estarem próximas ao círculo de vivência da população cria vínculo com os sujeitos e a responsabilidade pelo território da área que está inserida, podendo resolver até 85% das necessidades de saúde, prestando serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção à saúde (STARFIELD, 2002).

Portanto, a ESF é uma alternativa que procura reorganizar a Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo SUS. O plano e a estratégia buscam ampliar, aperfeiçoar a atenção e gestão da saúde, privilegiando a construção de redes de atenção e cuidado, como relata Costa e Carbone (2009), ampliando a resolutividade e sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado.

## **2.5 Integralidade da Assistência**

É fato que todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são dignos de saúde de qualidade e com resposta resolutiva. A partir da ideia de Viegas e Penna (2015), a integralidade e o cuidado dimensionam o viver humano que integram espaços, condições e expressões peculiares que permitem reafirmar a complexa unidade humana, nesse sentido, as atitudes, as ações e os afazeres dos profissionais atuantes na saúde devem valorizar os aspectos objetivos e subjetivos desse viver humano, respeitando o livre arbítrio dos sujeitos na coprodução da saúde individual e coletiva.

Conforme o Art. 7º da Constituição Federal Brasileira, parágrafo II, diz que:

A integralidade de assistência, é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema sendo compreendida como um dos pilares da atenção primária (BRASIL, 1990).

Por conseguinte, compreende-se a integralidade como um dos pilares da Atenção Primária, que se fundamenta na garantia de assistência em todos os níveis de densidade tecnológica e articulação entre promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e sua família. No Brasil, como descreve Souza et al. (2012), um dos pilares da atenção básica é o princípio da integralidade, a integralidade, por sua vez, permite a percepção holística do sujeito, considerando a história, o social, o político, o familiar e o ambiental em que faz parte. “A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva,

inviabilizando, portanto, ações dissociadas, evidenciando, assim, a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional” (SOUZA et al., 2012, p.2) .

Integralidade significa qualidade, condição, sendo um dos princípios doutrinários da política do Sistema Único de Saúde que direciona a materialização da saúde como direito de cidadão. Para a implementação do serviço surgiram diferentes movimentos de luta por melhores condições de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

Um modelo integral é aquele que oportuniza equipamentos necessários, como fala Coelho et al. (2018), para a produção de saúde, composto por unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários responsáveis por ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigida ao controle de risco e danos, até ações de sujeitos enfermos, sejam por ações de detecção precoce de doenças ou para diagnóstico, tratamento e reabilitação. A integralidade sendo eixo prioritário de uma política de saúde, sendo o meio de concretizar a saúde como questão de cidadania, em que dois processos são desenvolvidos: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (PINHEIRO, 2009).

Dentro de um conceito ampliado, os serviços de emergência caracterizam-se como um nível de atenção à saúde porque, não correspondem a conjunto de necessidades da população e não deveriam ser considerados como porta de entrada, assim como mencionado nos tópicos anteriores (TAKEDA, 2007). Contrariando o que foi supracitado, Cecim e Feuerwerker (2004) discute que sim, “os Serviços de Urgência e Emergência se configuram como porta de entrada do sistema”.

Sabe-se do alto número de consultas eletivas que são atendidas nos serviços de Urgência e Emergência, pois esse primeiro contato é garantido, no entanto essa ação coloca em risco os usuários que realmente apresentam problemas caracterizados como Urgência e Emergência, em muitos casos os sujeitos aguardam horas por seu atendimento, por consequência das consultas eletivas no Pronto Socorro. Em função dessa situação, Brasil (2007) contribui com a solução de abordar uma proposta de reestruturação do acolhimento no Pronto Socorro, este que garante a entrada de

Urgências e Emergências, atende, ainda, as consultas eletivas e contrarreferenciando-as, como descrito no Programa Nacional de Humanização.

A integralidade, assim descrita por Silva et al. (2018) e pela Constituição Federal de 1988, é um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo definida como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). A partir desse contexto surgiram vários conceitos definidos por estudiosos a fim de analisar e ampliar este significado. Para estes estudos o que importa é que há uma conexão direta entre os sentidos e possibilidades da integralidade e efetivação do processo de Referência e Contrarreferência.

A integralidade constrói-se coletivamente, em função de concretizar o direito à saúde, atentando para três dimensões que a constitui: organização dos serviços, dos conhecimentos e práticas de trabalhadores da saúde e as políticas governamentais com participação ativa da sociedade. O profissional, segundo Alves (2005), precisa compreender que a prática da integralidade não se restringe a uma assistência meramente curativa, e sim visa conhecer possíveis fatores de risco e agir preventivamente, defendendo a atuação em equipes multiprofissionais e interdisciplinares que entendam de forma ampliada os problemas de saúde e assim, possam intervir efetivamente, reconhecendo no indivíduo um sujeito biopsicossocial.

“Este é um dos desafios dos Serviços de Emergência e da rede de saúde como um todo, que são utilizados de forma indevida pela população e não contemplam a integralidade da atenção e a longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2007). De acordo com Franco (2003), a longitudinalidade, é resultado de um grande pacto que deve ser estabelecido entre todos os envolvidos no controle dos serviços e nos recursos assistenciais. Neste pacto o centro é o usuário e o trabalho é integrado.

No entanto, ainda, é preciso mudanças para produção efetiva do cuidado, a partir da rede básica até a atenção hospitalar. A integralidade para Cecim e Feuerwerker (2004) é uma ferramenta que permite entender a grandeza do processo saúde-doença e observar como sua amplitude extrapola o campo biológico, dessa maneira, ações mais eficazes só

serão viáveis com profissionais que enriqueçam seus conceitos e atuem em equipes multiprofissionais.

É essencial para a integralidade a atuação interdisciplinar das equipes de saúde, pode ser observado cotidianamente nas unidades de saúde e territórios das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) casos cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas (BRASIL, 2011). Gestores, profissionais e usuários que fazem parte ou utilizam o SUS estão unidos pela busca da melhoria de atenção à saúde, com a implantação de políticas públicas justas no país, afirmação de um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade, as unidades de saúde inseridas em diversas realidades sociais criam uma ligação com a população facilitando o surgimento de inúmeras inovações institucionais, seja na organização dos serviços de saúde, incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS para um bom encaminhamento.

Torna-se, assim, fundamental o conhecimento e a discussão, pelos gestores do SUS, das áreas de atenção em saúde de média e alta complexidade, objetivando adequada implementação de suas ações em complementação da atenção primária, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente a população e não se converta em um “SUS para pobres” (BRASIL, 2011).

Um serviço é a porta de entrada quando a população e a equipe o identificam como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há necessidade, para Starfield (2007), o acesso fácil e disponível quando não é ofertado, a procura será adiada podendo alterar o prognóstico do indivíduo. O estágio em que se encontra o determinado agravo à saúde está em paralelo com os níveis de intervenção, correspondendo através das tecnologias disponíveis para atuação em âmbito individual e coletivo, sendo que precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde. Por fim, Brasil (2004) relata que seja individual ou coletivo, deve-se atender os usuários e suas moléstias independente do grau de complexidade, necessitando de certo medicamento ou de ser submetido a determinado tratamento para erradicá-la, este deve ser fornecido, de modo a atender ao princípio maior, que é a garantia à vida digna.



## 2.6 Sistema Manchester de Classificação de Risco

O Sistema Manchester de Classificação de Risco (SMCR), trata-se de uma triagem ou classificação de riscos, sendo, portanto, uma ferramenta de manejo clínico de risco utilizada nos serviços de Urgência, efetuando a construção do fluxo de pacientes quando a necessidade clínica excede a oferta. O SMCR foi desenvolvido por enfermeiros e médicos do Reino Unido como estratégia de estabelecer, dentro dos casos de Emergências, quais devem ter prioridade no atendimento, sendo descrito por Anziliero et al. (2016), recentemente vem sendo implantado nos hospitais brasileiros, visando a diminuição dos efeitos da superlotação constante nos Serviços de Emergência.

Nas diretrizes do SMCR, além dos tempos para o primeiro atendimento médico, há recomendações de que o paciente tenha sua Classificação de Risco (CR) iniciada em até dez minutos depois da chegada ao serviço. Este tempo equivale ao período no qual o paciente realiza sua identificação, cadastro, abertura de boletim de atendimento, ou algum outro processo equivalente (ANZILIERO et al., 2016, p.2).

A classificação de risco, conforme Jimenez (2003), “deve ser executada por profissional treinado e qualificado, em ambiente adequado”. É importante que o tempo de classificação de risco seja curto para que seja mantido o seu principal objetivo: garantir a segurança dos pacientes que aguardam o primeiro atendimento médico. O Grupo de Classificação de Risco de Manchester foi formulado em novembro de 1994, objetivando estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência para um padrão de triagem ou classificação de risco (JONES, MARSDEN e WINDLE, 2010).

O SMCR “trabalha com algoritmos e discriminadores chaves, associados a tempos de espera simbolizados por cores” (JUNIOR, TORRES e RAUSCH, 2014, p.3). Após anos de estudo realizados pelos representantes das distintas áreas da saúde, foi criada uma escala nacional de triagem contendo cinco cores que apresentam a classificação do risco e o tempo máximo para atendimento, conforme apresentado no Anexo B.

Conclui-se que a classificação de risco se converte em uma ferramenta valiosa de auxílio à gestão da assistência do Serviço de Urgência e Emergência, corroborando na eficiência do serviço, organizando a fila de forma justa, conforme a gravidade do paciente. Reafirmado por Jones, Marsden e Windle (2010), o SMCR assegura aos pacientes tempo seguro para o primeiro atendimento médico, construindo consenso entre os profissionais de saúde atuantes no Serviço de Urgência e Emergência para classificar os atendimentos prioritários ou não, atentando para os sintomas e sinais e assim, comparando nas escalas de urgências pré-definidas, induzindo ao diagnóstico, atividade não desejável em um protocolo de classificação de risco.

Os atuais modelos de organização dos sistemas de saúde, muitas vezes, não respondem adequadamente às demandas assim, como afirma Junior, Torres e Rausch (2014), resultando em um desastre, refletido no excesso de pessoas nas portas de atendimento de urgências. Buscando a desobstrução das Unidades de Emergência e Urgência, as informações colhidas pelo profissional de enfermagem durante a triagem do paciente é de grande importância, pois fornece ao mesmo um diagnóstico que através da avaliação gerencia a prioridade clínica encaminhando-o para o atendimento de acordo com a classificação do risco apresentado na tabela ou referenciando-o para uma unidade de atenção básica de saúde ESF.

## **2.7 Humanização nas Emergências**

“A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro que emerge da realidade na qual os usuários dos serviços de saúde queixam-se dos maus tratos” (ANDRADE et al., 2009). A humanização da assistência é entendida por Deslandes (2009) como um conjunto de diretrizes e princípios afirmando a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de promoção de saúde.

Humanizar relaciona-se com respeitar a individualidade do ser humano, conforme Assis et al. (2016), construir um espaço estabelecido nas instituições de saúde, o qual legitime o humano das pessoas envolvidas, para cuidar de forma

humanizada, o profissional da saúde deve ser capaz entender a si e ao outro, ampliando esse saber na forma de ação, tomando consciência dos valores e princípios que direcionam essa ação. Esses princípios são subsidiários à dignidade humana, tornando-se um componente essencial da qualidade do cuidado.

Esse fator não é diferente no trabalho das equipes da saúde em um Pronto Socorro, o que geralmente é de forma intensa, principalmente se desenvolvido em unidade que funciona de porta aberta e com grande fluxo de pessoas que procuram por atendimento independente da classificação do risco. O Pronto Socorro é caracterizado de acordo com Ohara, Laus e Melo (2010) como uma unidade destinada à assistência a pacientes com ou sem risco de morte, necessitando imediatismo no atendimento, sua estrutura deve estar adequada para prestar assistência em situações de urgência (casos sem risco de morte mas, com necessidade de rápido atendimento) e emergência (casos com risco iminente de morte).

A comunicação entre o profissional e o sujeito é essencial para a classificação do risco durante a triagem para que possa auxiliar em um pré diagnóstico o qual irá priorizar o atendimento se necessário conforme a classificação do Sistema de Manchester. A construção da humanização se dá, também, quando ocorre interação com base na conversa entre o profissional e o cliente, a mesma depende da capacidade de falar e ouvir, por meio da comunicação, as identidades subjetivas acessadas e colaboram para uma assistência de qualidade e para a valorização do paciente em sua dignidade (SILVA, 2009).

Também está inserido no contexto de humanização o acolhimento que é essencial durante ao atendimento partindo da equipe de profissionais, tanto para familiares, que no momento são acompanhantes quanto ao cliente que se encontra debilitado físico e mentalmente. Esse processo auxiliará a equipe de enfermagem nos procedimentos em que serão realizados através do raciocínio crítico e reflexivo na tomada de decisões imediatas, pois o familiar/cliente estabeleceu a confiança no profissional durante a primeira abordagem.

A respeito do acolhimento, de acordo com Dal Pai e Lautert (2011), o conhecer tem limitado à forma ou a uma atitude profissional de bondade e favor, bem como uma

recepção com ambiente confortável. No entanto, observando de forma ampliada, pode ser caracterizado como adoção de uma postura de aproximação e responsabilização durante o desenvolvimento das ações de atenção e gestão, favorecendo a confiança e o compromisso entre usuários equipe e serviços.

## **2.8 Continuidade do cuidado**

A continuidade do cuidado trata-se do processo de contrarreferenciamento de uma unidade maior e de complexidade para dar continuidade ao atendimento, sempre que houver necessidade de receber cuidados adequados e ininterruptos. Segundo Taylor, Lemone e Lilis (2007), a continuidade é essencial na realidade do sistema de saúde, uma vez que a ênfase na promoção de saúde e prevenção da doença fazem com que a orientação de pessoas de todas as idades seja um componente fundamental do cuidado.

Nessa direção, Viana (2016, p.14) afirma que o “contrarreferenciamento como ferramenta para auxiliar o trabalho começado ainda no hospital, dá sequência aos cuidados através do suporte da atenção básica de saúde”, visando a continuidade e integralidade do cuidado após alta hospitalar. No entanto, a continuidade assim como dito por Starfield (2002), não é um elemento estritamente característico da atenção primária, nem faz exigência da relação pessoal entre profissional-paciente, logo que se tenha bons registros, esses que suprem a necessidade de informação para acompanhamento adequado da patologia.

É importante compreender claramente que o cuidado continuado para Brasil (2013) entende-se pela oferta a usuários que apresentam condições para acompanhamento, essas ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com determinada periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades particulares daquele sujeito, são exemplos de cuidado continuado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

A importância do cuidado na saúde em seus diversos níveis é enfatizada por Deslandes (2008) como o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro, de exercícios de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia. A identificação de uma fonte regular de cuidados, presume-se que a sociedade deve conhecer a unidade básica como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

Essa identificação citada anteriormente pelo autor depende de um plano de oferta e disponibilidade dessa fonte, que deve estar em consonância, nos termos qualitativos e quantitativos, com as necessidades de saúde da população local. Observa-se a grande necessidade de responsabilidade para o cuidado, a partir da construção de vínculos, garantia do controle social, e gestão dos serviços. Cada profissional da saúde, equipe, gestor deve refletir sobre como e quanto é responsável pela felicidade dos que são cuidados por eles.

O cuidado não se contrapõe ao trabalho, porém lhe confere uma tonalidade diferente, se complementam, constituindo a integralidade da experiência humana (BOFF, 1999). A Declaração de Alma-Ata (Anexo C), ressaltada por Serra (2003), representa a base para a sustentação política dos entendimentos de integralidade e continuidade do cuidado, relacionando sua eficiência a acessibilidade dos serviços de apoio, de níveis distintos de complexidade, expressando a ideia de Referência e que a atenção primária corresponde ao primeiro nível de atenção de um sistema integrado.

Em virtude do que foi mencionado, “A equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população” (BRASIL, 2013, p.14). Seguindo o dever de garantir o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente e de cuidado continuado (BRASIL, 2013).

### **3 METODOLOGIA**

O interesse e desenvolver uma revisão bibliográfica nesta Monografia a nível de Emergência surgiu pelo interesse de compreender as situações que levam a procura pelo Serviço de Urgência e Emergência. Essa procura, em muitos casos, poderia ter resolução em consultas em consultório ou Unidades Básicas de Saúde próxima às residências dos indivíduos. Logo, o Sistema de Referência e Contrarreferência oferece maior organização dos serviços do Sistema Único de Saúde, beneficiando o indivíduo que procura por eles.

A metodologia escolhida para alcançar os objetivos deste estudo, foi a revisão bibliográfica/literária, assim como supracitado. Dessa maneira, foi estabelecida a revisão narrativa, descrita pela UNESP (2015) como um tipo de revisão adequada para trabalhos de fundamentação teórica, teses, artigos, monografias, por ela não utilizar de métodos explícitos e sistemáticos para busca e análise crítica da literatura.

Portanto, foi adotada, a pesquisa bibliográfica, em que baseou-se na análise da literatura já publicada em forma de livros, artigos, dissertações, relatórios, entre outros (MARTINS, 2018). A partir das leituras realizadas, comparações entre trabalhos, foram retirados trechos que estão sendo discutidos, contribuindo para um apanhado de informações organizadas que poderão servir de embasamentos para estudos futuros.

Nessa perspectiva, acredita-se que a realização desta proposta contribua para a integração da assistência e corrobora para a humanização e organização do serviço de saúde, pela sistematização de condutas frente aos encaminhamentos de contrarreferência. A revisão bibliográfica será desenvolvida com o propósito de compreender o Sistema de Referência e Contrarreferência nos Serviços de Urgência e Emergência.

### **4 RESULTADOS: apresentação de dados**

As Unidades de Urgência e Emergência, em muitos casos, enfrentam obstáculos quanto ao número de sujeitos atendidos e as causas que os levaram até o atendimento. Entende-se como urgências, pacientes que correm o risco de morte, enquanto caracteriza-se emergência quando o paciente está em situação crítica ou algo iminente. A falta de organização, superlotação nas unidades acabam colocando em risco a saúde e vida de muitos pacientes, contrariando o objetivo do Sistema Único de Saúde que é oferecer acesso a saúde de qualidade para toda a população.

Nesse viés o Sistema de Referência e Contrarreferência quando adotado efetivamente pelas unidades de saúde, busca organizar e minimizar esses problemas apresentados. A imperfeição “na organização e prestação dos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, bem como a ausência de Referência e Contrarreferência contribuem para o aumento do fluxo no setor de urgência e emergência, ocasionando sobrecarga de trabalho, estresse e perda na qualidade da assistência prestada”, Santos e Andreoti (2014, p.16) colaboram com a afirmação acima.

Todavia, existe a necessidade da organização do trabalho na unidade de urgência e emergência a partir dos princípios de políticas que prescrevem o acesso e acolhimento aos serviços de saúde de acordo com sua complexidade, portanto, faz-se necessário avaliar a estrutura dos serviços e estabelecer a rede de atenção às urgências e emergências com grade de Referência e Contrarreferência efetivamente pactuadas, definindo responsabilidades, com intuito de corrigir falhas ainda existentes no sistema (FEIJÓ et al., 2015). Os mesmos autores intensificam a ideia que as propostas de reestruturação organizacional melhoram a qualidade do atendimento no serviço.

Existe a Política Nacional de Urgência e Emergência, a mesma direciona diretrizes e estratégias para que os atendimentos ocorram de forma efetiva, como por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). As UPA são responsáveis pela diminuição das filas em Pronto Socorro dos hospitais, assim como relatado por Brasil (2019), outras responsabilidades são atribuídas às UPA, a mesma

deve articular-se com as unidades de Atenção Básica de forma a construir fluxos coerentes e efetivos de Referência e Contrarreferência, ordenados por meio das centrais de regulação médica de urgências e complexos reguladores,

ressaltando-se a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas (PACHECO (Org.), 2015, p.32 ).

Pode-se perceber que os Serviços de Urgência e Emergência estão interligados com o encaminhamento e contrarreferenciamento de sujeitos, assim, organizando as demandas corretamente, atendendo os casos que realmente são endereçados a esse tipo de serviço. Já é evidenciado que no atendimento de Pronto Socorro, nos hospitais, há grande demanda de pacientes que procuram atendimento incorretamente ou ao menos que deveriam ser contrarreferenciado nas Unidades Básicas de Saúde, causando desordenamento no atendimento de casos pertencentes ao Serviço de Urgência e Emergência.

Como já mencionado, para que esse sistema seja estabelecido de forma efetiva é necessário que os profissionais atuantes na área da saúde saibam como é seu funcionamento. É importante, também, que haja a interligação de serviços, boa comunicação e bons registros e preenchimentos de formulários, dessa forma é possível uma avaliação bem sucedida do paciente, por consequência o direcionamento para prestação de atendimentos corretamente.

O Sistema de Referência e Contrarreferência por ter a responsabilidade de organizar os serviços prestados pelo SUS, pode-se afirmar que auxilia no ambiente de trabalho dos profissionais atuantes na saúde, uma vez que as falhas, obstáculos e número de atendimentos são dispostos pelo sistema em questão. Acarretando o melhor atendimento dos usuários do SUS e reduzindo riscos a vida dos sujeitos.

## **5 OBJETIVO GERAL**

Colaborar para a compreensão do Sistema de Referência e Contrarreferência no Serviço de Urgência e Emergência, contribuindo assim para a qualidade e continuidade da assistência prestada aos pacientes assistidos.



## **6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Oportunizar discussões e teorizações acerca do Sistema de Referência e Contrarreferência;
- Conhecer o processo de referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes;
- Observar a implantação do Sistema de Referência e Contrarreferência nos Serviços de Referência e Contrarreferência nos Serviços de Urgência e Emergência;
- Reconhecer o papel do enfermeiro no Sistema de Referência e Contrarreferência nos Serviços de Urgência e Emergência.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir desse estudo conclui-se que o encaminhamento de pacientes através do SUS, por meio dos níveis de complexidade deverá responder às necessidades da população, permitindo que a mesma seja assistida de forma integral segundo os princípios do SUS, seguindo a lógica do sistema de saúde. No entanto são necessárias políticas e estratégias para que ocorra de forma efetiva o atendimento de praticamente duzentos milhões de usuários, por isso, é apresentado o Sistema de Referência e Contrarreferência.

A pesquisa bibliográfica revelou a existência de deficiências no que diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do Sistema de Referência e Contrarreferência entre os diversos níveis de atenção à saúde. O que pode contribuir para aumentar o número de encaminhamentos para os demais níveis de complexidade, em especial aos Serviços de Urgência e Emergência.

A oferta das ações e serviços de saúde continua voltada para o atendimento da demanda espontânea e não para as necessidades de saúde da população, com base em

critérios epidemiológicos, como o estabelecido pela Lei no 8.080/90. Com isso, pode-se enfatizar a importância do aprendizado nos cursos da área da saúde sobre o Sistema de Referência e Contrarreferência e a importância da implantação desse sistema em todos os Serviços de Urgência e Emergência garantindo a continuidade da assistência dos indivíduos.

Todavia, é possível concluir que a estruturação do Sistema de Referência e Contrarreferência ainda não está bem consolidada, pois há deficiência nesse processo. Logo têm-se a necessidade de pensar na continuidade do cuidado ao usuário na comunidade de forma mais comprometida, onde este processo não se limite a atuação de cada profissional da equipe, mas sim de forma coletiva e interdisciplinar para a resolução dos casos.

Os serviços devem organizar-se de maneira a referência e contrarreferência seja realizada de forma integral, contribuindo assim para uma melhor organização dos serviços de saúde, principalmente no que se trata de Serviços de Urgência e Emergência. Considera-se, portanto, a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, uma vez que os fundamentos do SUS parecem ainda não terem sido incorporados na organização do sistema evidenciado e, conseqüentemente, no fazer dos profissionais que atuam neste contexto.

## 8 REFERÊNCIAS

ALVES, L. F. et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. 2015; 25(4): 469-475.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família**: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ. v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL JÚNIOR, J. I. C. **Projeto de Prática Assistencial de Enfermagem: uma oportunidade para viabilizar a integralidade do cuidado entre a Atenção Básica e**

**Hospitalar.** (Trabalho de Conclusão de Curso)-Faculdade de Enfermagem URI/Santiago. Santiago, 2007. (mimeo).

ANDRADE, L. M. et al. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2009;11(1):151-7.

ANZILIERO, F. et al. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem.** 2016 dez;37(4):e64753.

ASSIS A, L. R. S. et al. Atendimento Humanizado no Serviço de Urgência e Emergência: uma revisão sistemática. **Revista UNINGÁ Review.** Vol. 25,n.1,pp.131-135 (Jan-Mar 2016).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema Único de Saúde: SUS – Princípios e Conquistas.** Brasília (DF), 2000.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional De Secretários De Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília/DF, v. 8, p. 38-39, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Sistema Único de Saúde: Coleção para Entender a Gestão do SUS.** Brasília/DF, p. 291, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília/DF, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 Jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: atenção básica e a saúde da família.** 2011. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001146.pdf>>. Acesso em: 15 Jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília/DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília/DF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília/DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Brasília/DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. Ed. 2006. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento. **UPA: Unidade de Pronto Atendimento.** Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento>>. Acesso em: 27 Jul. 2019.

\_\_\_\_\_. **PSF.** Brasília/DF, s.d. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 20 Jul. 2019.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 10 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

COELHO, E. B. S. et al. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. **Parecer Técnico N.29/2016.** Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/Parecer-T%C3%A9cnico-n.-029-2016.pdf>>. Acesso em: 10 Jul. 2019.

COSTA, E. M. A. e CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2ª ed. Rio de Janeiro/RJ: Rubio, 2009.

CRUZ, M. M. **Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde**. 2011. Disponível em:  
<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:\\_0oIvk0CDIkJ:www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_0oIvk0CDIkJ:www.saude.mt.gov.br/arquivo/2164+&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 28 Jul. 2019.

DAL PAI, D. e LAUTERT, L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no acolhimento com classificação de risco. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.**, v. 15, n. 3, p. 24-30, 2011.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

DIAS, V. A. **Referência e Contra-Referência: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência**. 2012. 38 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde) Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, SC, 2012.

FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Análise da demanda atendida em Unidade de Urgência com Classificação de Risco. **SciELO**. Saúde debate 39 (106) Jul-Sep 2015.

FRANCO TB; BUENO W. S.; MERHY E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, MG**. (Mimeo).. Rio de Janeiro/RJ: Ciência & Saúde Coletiva, v.8, n.2, p. 569-584, 2002. Disponível em  
<<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 10 Jul. 2019.

FRATINI, J. R. G., SAUPE, R. e MASSAROLI, A. Referência e Contra-referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. **Revista Ciência, Cuidado em Saúde, São Paulo/SP** [s.n.] v.7, n.1, p. 65-72, 2008.

HOFFMANN, I. C. **A Percepção e o Percorso das Mulheres nos Cenários Públicos de Atenção Pré-Natal**. 2008. 127 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2008.

JIMENEZ, J. G. **Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências.** v. 15, p. 165-174, 2003.

JONES, K. M.; MARSDEN, J. e WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: Classificação de Risco na Urgência e Emergência.** Editora Grupo Brasileiro de Classificação, 1ª Ed., Belo Horizonte (MG), 2010.

JULIANI, C. M. C. M e CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem.** Universidade de São Paulo-USP. São Paulo/SP: [s.n.], v.33, n.4, p.33-323, 1999.

JUNIOR, W. C., TORRES, B. L. B. e RAUSCH, M. C. P. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: comparando modelos.** Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. 2014.

LIMA, L. D., CARVALHO, M. S. e COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública.** Reports in Public Health. 2018, 34(7).

MACHADO, L. M., COLOMÉ, J. S. e BECK, C. L. C.; Estratégia Saúde da Família e o Sistema de Referência e de Contra-referência: Um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.** Santa Maria/RS: [s.n.], v.1, n.1, p. 31-40, 2011.

MADEIRA, L. M. Alta Hospitalar da Criança: implicações para Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** [S.I.: s.n.], v.4, n.2, p.5-11, 1994.

MARTINS, M. F. M. **Estudos de Revisão de Literatura.** 2018. Disponível em: <[http://bvsviocruz.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Estudos\\_revisao.pdf](http://bvsviocruz.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Estudos_revisao.pdf)>. Acesso em: 17 Jul. 2019.

MV. **Saúde da Família: como funciona o programa de atenção primária.** 2018. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/pt/blog/saude-da-familia--como-funciona-o-programa-de-atencao-primaria>>. Acesso em: 12 Jul. 2019.

NOVAES, H. de M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS**. Análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo/SP: [s.n.], 1990.

OHARA, R., MELO, M.R.A.C. e LAUS A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.63, n.5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/09.pdf>> Acesso em 30 Jul. 2019.

PACHECO, A. B. (Org.). **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência**. São Luís, 2015. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2435/UNIDADE\\_4.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/2435/UNIDADE_4.pdf)>. Acesso em: 30 Jul. 2019.

PERCEBO, F. C. **O sistema de referência e contrarreferência em saúde bucal segundo a percepção de profissionais e usuários**. 2016. 110 p. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades: Formação Interdisciplinar em Saúde)-Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

PEREIRA, A. P. S. et al. Alta hospitalar: visão de um Grupo de enfermeiras. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro/RJ: UERJ, v. 15, n. 1, p. 5-45, 2007.

REIS, D. O., ARAÚJO, E. C. e CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. 2012. 18 p. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Especialização em Saúde da Família)-Universidade Aberta do SUS, São Paulo, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo/SP: [s.n.]. v. 55, n.2, p.99-196, 2002.

ROSA, T. **Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos de gestão?**. CONASS. 2015. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/>>. Acesso em: 25 Ago. 2019.

SANTOS, F. L. e ANDREOTI, M. T. **A caracterização da demanda do setor de urgência e emergência sob a ótica dos usuários e profissionais de enfermagem.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, SP, 2014.

SANTOS, M. C. **Sistema de Referência-Contrarreferência em Saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei -MG: o papel da rede na Atenção Básica.** 2015. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família)-Universidade Federal de Minas Gerais, São João Del Rei, MG, 2015.

SERRA, C. G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS.** 2003. 223 p. Tese. (Doutorado em Saúde)-Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, R. V. G. **O trabalho de enfermagem na articulação entre atenção hospitalar e atenção básica no pós-alta da criança: subsídios para a integralidade.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, 2009.

SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. p. 452-460, 2012.

SOUSA, M. F. **O Programa Saúde da Família no Brasil: Análise do acesso à Atenção Básica.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília/DF: [s.n.], v. 61, n. 2, p. 58-153, 2008.

STARFIELD, B. **As Características da Atenção Primária em Saúde.** In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 8, p. 38-39, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Ministério da Saúde. Brasília/DF: Unesco, 2002.

TAKEDA. **As Características da Atenção Primária em Saúde.** In: BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, v. 8, p. 37, 2007.



TAYLOR, C., LILIS, C. e LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. Editora Artimed, 5ª Ed., Porto Alegre (RS), 2007.

TRAVERSO-YEPES e M.; MORAIS, N. A. **Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento**. Caderneta de Saúde Pública. [S.I.: s.n.], v. 20, n.1, p.8-80, 2004.

UNESP. **Tipos de Revisão de Literatura**. Biblioteca Prof Paulo de Carvalho Mattos. Faculdade de Ciências Agronômicas. UNESP, *Campus* Botucatu. Botucatu, 2015.

VIANA, A. L. A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo/SP: [s.n.], v.22, n.1, p.92-106, 2008.

VIANA, S. R. Assistência de Enfermagem no Planejamento para Alta Hospitalar: subsídios para continuidade do cuidado. 2016. 64 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)-Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, 2016.

VIEGAS, S. M. F. E PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. 2015; 19(55):1089-100 1.

## 9 ANEXOS

### ANEXO A - Constituição Federal (1988). (Artigos 196 a 200)

#### SEÇÃO II - Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006) (Vide Medida provisória nº 297, de 2006)

Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO B - Escala Nacional de Triagem, Sistema Manchester de Classificação de Risco

Número	Nome	Cor	Tempo-resposta máximo (min.)
1	Emergência	VERMELHO	0
2	Muito Urgente	LARANJA	10
3	Urgente	AMARELO	60
4	Pouco urgente	VERDE	120
5	Não Urgente	AZUL	240

Fonte: JIMENEZ, J. G. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergências. Emergencias 2003; v.15 p. 165-174.

## ANEXO C - Declaração de Alma-Ata (1978)

A conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil e novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo formula a seguinte Declaração:

I - A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

II - A chocante desigualdade existente no estado dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro de países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países.

III - O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de saúde para todos e para a redução da lacuna entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade da vida e para a paz mundial.

IV - É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V - Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI - Os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII - Os cuidados primários de saúde:

1. Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços da saúde e da experiência em saúde pública.

2. Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3. Incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa-qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente



endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4. Envolvem, além do setor, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores e requerem os esforços coordenados de todos os setores.

5. Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6. Devem ser apoiados por sistemas de referências integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7. Baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas da saúde da comunidade.

VIII - Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX - Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X - Poder-se-á atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamentos e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos, e em particular à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, e particularmente nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais bem como entidades multifacetadas e bilaterais, organizações não governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidas e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta declaração.