

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

PAULA DOS SANTOS BRAGA

Referência e Contra Referência no Cuidado a Criança em Emergência Pediátrica

**Porto Alegre
2010**

PAULA DOS SANTOS BRAGA

Referência e Contra Referência no Cuidado a Criança em Emergência Pediátrica

Projeto de Trabalho de Conclusão a ser apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: MS. Ivana de Souza Karl

**Porto Alegre
2010**

Agradecimento

Agradeço a ajuda da minha orientadora, professora Ivana, pela paciência que sempre me atendeu e me orientou. Aos professores que proporcionaram o aprendizado durante o curso. E principalmente a atenção, apoio e paciência dos meus familiares.

RESUMO

Ao procurarem os serviços de urgência e emergência hospitalar, como primeira escolha de atendimento, as crianças que utilizam o sistema de saúde, acabam, após atendimento, sem uma contra-referência para outro serviço com o objetivo de dar continuidade do atendimento em saúde. A partir disso viu-se a necessidade de entender como funciona o processo de referência e contra-referência no cuidado a criança na unidade de emergência pediátrica. A abordagem escolhida para a realização desta pesquisa foi a qualitativa e utilizado o método exploratório-descritivo. A coleta das informações ocorreu na Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através de entrevistas semi-estruturadas. Para a análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temático (2004, MINAYO). Os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos foram contemplados. Os resultados evidenciaram três categorias: referência; saúde da criança; contra-referência. Identificaram-se a necessidade de reestruturar o sistema e capacitar os profissionais da área da saúde para lidarem com este processo e melhor atender as necessidades em saúde das crianças.

Descritores: saúde da criança; serviços de emergência; referência e contra-referência.

ABSTRACT

On seeking urgency services and hospital emergencies as a first choice of health attention, the children who use the health system end up without a counter reference for another service after being attended to, with the aim of continuing health attention. Based on this, the necessity to understand the process of reference and counter reference in child healthcare at pediatric emergency was deemed important. The approach chosen for the research was a qualitative one and the method used, exploratory-descriptive. The survey to gather data occurred at the Pediatric Emergency Unit of the *Hospital de Clínicas* in Porto Alegre, using a semi-structured interview. To analyze the information, a content theme analysis was used (MINAYO,2004). The ethical aspects of the research with human beings were contemplated. The results showed three categories: reference; child health; counter reference. The need to restructure the system was identified, as well as the need to qualify the professionals in the area of healthcare, so that they can deal with this process and better attend to the necessities in child healthcare.

Descriptors: child healthcare; emergency services; reference and counter reference.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categorização das informações	22
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO	10
3	CONTEXTO TEÓRICO	11
3.1	Sistema Único de Saúde (SUS)	11
3.2	Referência e contra referência	13
3.3	Criança e a Política Nacional de Atenção às Urgências	15
4	CAMINHO METODOLÓGICO	17
4.1	Tipo de estudo	17
4.2	Campo	17
4.3	Participantes	18
4.4	Coleta das informações	19
4.5	Análise das informações	20
4.6	Aspectos Éticos	21
5	REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO CUIDADO A CRIANÇA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA	22
5.1	Referência da criança para emergência pediátrica	23
5.1.1	Investigação do problema de saúde da criança na unidade de emergência pediátrica	23
5.1.2	Acesso a Atenção Básica de Saúde	26
5.1.3	Vínculo com o Hospital	28
5.2	Contra-referência da Criança para Atenção Básica de Saúde	30
5.2.1	Práticas Curativas	30
5.2.2	Contra-referência para o próprio hospital	33
5.2.3	Contra-referência para Atenção Básica de Saúde	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de informações	42
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	43
	ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Aprovado	44
	ANEXO 2 - Parecer do Comitê de Ética Hospital de Clínicas de Porto Alegre	45
	ANEXO 3 - Parecer da Comissão de Pesquisa da escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	46

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passa por um processo contínuo de mudanças na tentativa de consolidar um sistema de saúde que possa atender as demandas e necessidades dos seus usuários. Nesse contexto, o governo tem a preocupação de criar propostas que atendam os seus clientes de uma maneira mais humanizada e ética (BRASIL, 2006).

Pensando nisso, o governo procura investir em estratégias voltadas para as questões que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo este normatizado dentro de seus princípios e diretrizes. Seguindo essa proposta, existe a preocupação por um atendimento de forma integral, no qual possa ser alcançada uma assistência de qualidade e continuidade do processo de saúde da população (BRASIL, 2006).

Hoje podemos observar que os serviços de saúde, que estão vinculados ao SUS, deveriam funcionar de uma maneira conjunta e interligados, como se fossem uma rede, criando um processo dinâmico de continuidade de atendimento. A idéia desse sistema é que as pessoas sejam atendidas de acordo com as suas necessidades e encaminhadas para os locais onde possam ter a resolutividade de seus problemas de saúde.

No entanto, essa proposta de atendimento integral com continuidade da assistência, ou seja, a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, não funciona de maneira adequada. O que se verifica na prática é um sistema desarticulado e conseqüentemente, falho no seu objetivo, de integralidade.

Durante o curso de graduação em estágio na emergência pediátrica, tive a oportunidade de constatar que o usuário procura os serviços de emergência como primeira escolha de atendimento. Penso que este serviço deve servir como referência para atendimento de casos mais graves de saúde, mas acaba por sua vez, sendo a porta de entrada desse sistema.

Conseqüentemente, devido à alta procura, ocorre a superlotação das emergências hospitalares, o que resulta em um mau atendimento dos usuários e a demora para se ter a assistência desejada.

Ao longo de minha trajetória acadêmica, tive o desejo de compreender melhor o

universo do cuidar na emergência pediátrica, dentro do qual pude observar o atendimento de crianças que não necessitam desse tipo de serviço, que poderiam receber assistência nas unidades de menor complexidade, na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Estratégia de Saúde da Família (PSF).

No entanto percebia que usuários (familiares e crianças) além de procurarem os serviços de emergência como primeira escolha de atendimento, eles não tinham a resolutividade e a continuidade da assistência à saúde da criança como pretendiam. Acarretando, por sua vez, um ciclo vicioso entre usuários e o serviço de emergência hospitalar.

Então, porque essas mães e o serviço de emergência não utilizavam o instrumento de comunicação entre os níveis de atenção que é o processo de referência e contra-referência, pois este permite facilitar essa relação entre os níveis de complexidade. Essa foi a minha motivação para a escolha do tema referencia e contra-referencia na emergência pediátrica.

Assim, tornou-se questão importante identificar o processo de referência e contra referência, e a contribuição dos enfermeiros para o funcionamento, já que acredito que tenha um papel fundamental para o seu funcionamento do sistema de saúde no Brasil.

A finalidade do estudo é o de identificar o processo de referência e contra referência dentro de uma unidade de emergência pediátrica.

A relevância do presente estudo está em implementar a integração do atendimento dos usuários e os serviços básicos de saúde, e assim contribuir para a melhoria deste processo.

Frente a esta realidade a questão norteadora deste estudo foi:

Como ocorre o processo de referência e contra referência no cuidado à criança na unidade de emergência pediátrica?

2 OBJETIVO

O presente trabalho tem como objetivo identificar o processo de referência e contra referência na unidade de Emergência Pediátrica.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Para melhor compreender o processo de referência e contra referência da criança, julgou-se necessário fazer a seguinte revisão bibliografia.

3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

O trabalho que o Ministério da Saúde (MS) desenvolvia, apoiado pelos estados e municípios, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), era quase que exclusivamente ações de promoção e prevenção da saúde e de doenças, principalmente campanhas de vacinação e controle de endemias. Todas essas ações eram desenvolvidas com caráter universal, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária (BRASIL, 2002a).

Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio de alguns poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, com destaque para o interior do Norte e Nordeste. Essas ações em saúde, conhecidas como assistência médico-hospitalar, eram direcionada a uma parcela da população denominada de indigente, pois não tinham direito a assistência, e o que recebiam era na condição de um favor, uma caridade. Essa assistência era feita por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições filantrópicas (BRASIL, 2002a).

A grande atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2002a).

A assistência à saúde desenvolvida pelo INAMPS beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, ou seja, não tinha o caráter universal, que passou a ser um dos princípios fundamentais do SUS. Desta forma, o INAMPS investia nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários que existiam na época (BRASIL, 2002a).

Com a crise de financiamento da Previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias medidas para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público da saúde (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou, mesmo assim, o seu caráter de universalidade da clientela (BRASIL, 2002a).

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que contribuíram ainda mais para uma cobertura universal de seus clientes, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Esse processo deu início a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (BRASIL, 2002a).

Em 1988, aconteceu a 8ª Conferência nacional de Saúde (CNS), onde foram feitas propostas para melhoria da saúde no Brasil. Pela primeira vez, a população participou de uma CNS, suas propostas e sugestões foram abordadas no texto da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da saúde número 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 2011).

Em 1990, foi aprovada e implementada a Lei 8.080 que regulamenta as ações e serviços de saúde e descreve as atribuições do SUS e Lei 8.142 que fala sobre a participação da comunidade na participação do SUS (BRASIL, 1990a). Esse sistema segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é uma instituição ou um serviço, mas um Sistema, o que significa um conjunto de unidades, de ações e serviços que interagem

para um objetivo em comum. Esses elementos que integram o sistema referem-se às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL,1990b).

A construção do SUS é baseada por preceitos constitucionais conhecidos como princípios doutrinários, que são eles: universalidade, equidade e integralidade. O sistema está organizado de acordo com as suas diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL,1990c).

Este sistema foi implementado com o objetivo de atender as necessidades dos usuários do sistema de saúde, sendo orientado por seus princípios e diretrizes e gerenciado pelos profissionais de saúde e pela própria população.

3.2 Referência e Contra-referência

A Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS 01/2002 (BRASIL, 2002a) dispõe sobre a formação dos níveis de complexidade, as responsabilidades financeiras dos estados com cada nível e como deve se dar a articulação entre os níveis devidamente hierarquizados. Estrutura-se, então, uma rede descentralizada e hierarquizada em três níveis de atenção: nível primário (postos e centros de saúde) - sendo esses a “porta de entrada” dos usuários na rede de saúde -, nível secundário (unidades mistas, ambulatorios gerais, hospitais locais e regionais) e o nível terciário (ambulatorios especialistas, hospitais especializados e hospitais de especialidades). Visando a garantir aos pacientes a integralidade e acesso aos serviços, é importante que haja um sistema de comunicação e inter-relação entre os diferentes níveis (BRASIL, 2002b).

O processo de referência e contra-referência é o instrumento que permite facilitar essa relação entre os níveis de complexidade. A referência se dá de um nível de atenção menor para um de maior complexidade; a contra-referência, por sua vez, do nível mais especializado para o menos especializado. Nesse instrumento de comunicação entre os níveis de atenção, devem constar a identificação do paciente e do serviço que o atendeu e dados referentes ao atendimento. Esse material deve ser

anexado ao prontuário do paciente no centro que originou o documento (BRASIL, 2002b).

A Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1987, do exercício profissional de enfermagem, estabelece que o enfermeiro possui como atividades privativas a organização e direção dos serviços de enfermagem, atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação destes serviços de assistência de enfermagem, consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem. Prevê também a consulta de enfermagem assim como a prescrição da assistência de enfermagem, os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Cabe também ao enfermeiro participar da elaboração, execução e avaliação de programas de saúde e de planos assistenciais e o poder de prescrição de medicações estabelecidas em programas de saúde e em rotina aprovada pela instituição de saúde em que trabalha (BRASIL, 1987).

O trabalho da enfermagem, por ser uma profissão generalista, pode intervir nos mais variados problemas de saúde do indivíduo e da sociedade. Portanto, torna-se fundamental sua inserção na equipe de saúde coletiva para consolidar um sistema público de saúde universal, gratuito e de qualidade. O trabalho do enfermeiro em saúde pública tem sido o da prevenção, assistência primária e de agente de perspectivas de mudanças sociais e políticas de saúde, quando exercendo cargos de gerência nos serviços de saúde (RAMOS; LIMA 2000).

O enfermeiro exerce um papel fundamental como gerenciador dos serviços de saúde, cabendo a ele, avaliar, criar e implementar estratégias para o funcionamento deste processo.

3.3 Criança e a Política Nacional de Atenção às Urgências

De acordo com a literatura emergência é a situação em que ocorre perigo, incidente ou imprevisto. Uma situação de emergência exige intervenção médica ou cirúrgica de imediato. A urgência é a situação em que o atendimento ou assistência não pode ser adiado, é o serviço hospitalar no qual são encaminhados pacientes que necessitam de tratamento imediato, podendo existir risco de morte (LAROUSSE CULTURAL 1999).

Partindo desses conceitos, os serviços de emergência e urgência deveriam atender apenas esses casos graves em saúde, mas nos últimos anos, a população procura esse tipo de atendimento para encontrar as resoluções de seus problemas em saúde.

Na prática, os serviços de emergência têm assumido um papel relevante dentro do atual sistema de saúde brasileiro, já que recebem não apenas a demanda referente ao atendimento de emergência/urgência, mas também a considerada eletiva que não consegue ser absorvida pelos serviços de atenção primária. Essa situação, além de gerar grandes aglomerados de pessoas nesses locais e causar sobrecarga para os profissionais que aí trabalham, tem contribuído para o que a sociedade e profissionais de saúde têm caracterizado e denominado como 'caos na saúde'(STEIN, 1998, p.1).

A criança e sua família quando procuram por esse tipo de serviço, necessitam de uma atenção especial, devido as suas características psicobiologias e aquelas próprias desse grupo populacional, que em muitos casos estão sujeito aos agravos decorrentes das doenças que se manifestam na infância. Esse tipo de atendimento exige recursos materiais e humanos especializados e preparados para que a situação de saúde da criança não se agrave. (TACSI ; VENDRUSCOLO, 2004).

Muitos são os fatores que colocam a criança em situação de risco. Entre as causas que necessitam de assistência nas unidades de atendimento de emergência pediátrico estão às doenças respiratórias, as intoxicações, os estados convulsivos,

acidentes e traumas, provocando, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que é a emergência de maior importância na pediatria. A bibliografia nos traz que a cada ano morrem aproximadamente 12 milhões de crianças no mundo, muitas antes de completar cinco anos de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento (TACSI; VENDRUSCOLO, 2004).

A Política Nacional de Atenção às Urgências preconiza a integração entre a rede básica de saúde local, permitindo que o usuário tenha acesso aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade. Deixa claro que as equipes de atenção às urgências vinculadas ao SUS devem estar em constante aperfeiçoamento para atender os usuários de acordo com os princípios de integralidade e humanização (BRASIL, 2006).

De acordo com esta política, os serviços de emergência deverão estar preparados para atender os seus usuários, independente da situação de saúde, e conseqüentemente encaminhá-los após atendimento para os serviços de saúde de acordo com as suas necessidades.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Para desenvolver este estudo, a pesquisador compreende como adequada a utilização da seguinte trajetória metodológica.

4.1 Tipo de Estudo

A abordagem escolhida para a realização desta pesquisa foi a qualitativa, esse caminho tem fundamento teórico, que além de permitir desvelar processos sociais, ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação e a construção de novas abordagens (2004, MINAYO).

Dentro dessa abordagem, escolhi o método exploratório-descritivo, que tem o propósito de investigar intensivamente experiências e interações ambientais de uma determinada unidade social, que pode ser uma família ou um grupo determinado de pessoas, podendo assim abranger um momento micro ou macroscópico no tempo, estando diretamente ligado ao fenômeno estudado e das questões postuladas (POLIT; BECK; HUNGLER 2004).

4.2 Campo

O campo de estudo foi a Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA.

A Unidade de Emergência do HCPA realiza atendimento adulto e pediátrico, nas especialidades de clínica geral, cirurgia, pediatria e ginecologia. A Unidade é constituída por setor de Acolhimento, que envolve a avaliação e classificação de risco;

Unidade Pediátrica, com sala de procedimentos e observação; Unidade Vascular (UV) e Semi-intensiva; Sala de Internação Breve (SIB); Salas de Observação 1, 2 e 3 (SO1, 2 e 3). Há consultórios clínico cirúrgico, ginecológico, pediátrico e clínico/pediátrico, sala para coleta de exames, sala para prescrições e as salas para chefias de enfermagem, administração, assistência social, raio-x, ecografia e almoxarifado. Existe também um espaço para o lanche dos funcionários e uma sala para repouso dos médicos. A Unidade de Emergência tem capacidade para receber 78 clientes, adultos e pediátricos.

A equipe de enfermagem é composta por 32 enfermeiros e 102 técnicos de enfermagem, que são distribuídos, de acordo com a necessidade, nos turnos manhã, tarde e noite (Noite 1, Noite 2, Noite 3). Além da equipe de enfermagem a Unidade de Emergência conta com outros profissionais da saúde, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e alunos de graduação da medicina e enfermagem, serviços de apoio e assistente social.

4.3 Participantes

Os participantes desse estudo foram os acompanhantes das crianças atendidas na unidade de emergência pediátrica, com alta, que aceitaram participar da pesquisa. O convite ocorreu de forma aleatória para todos os acompanhantes das crianças que estavam de alta e que já haviam recebido as orientações e a documentação.

Foram realizadas 20 entrevistas com pais e mães que estavam no momento da alta com a criança. A definição do número de participantes, ou seja, do número de entrevistas deu-se pelo critério de repetição das informações, que é usado em pesquisa qualitativa,

(...) o pesquisador inicia a coleta de informações sem predeterminação do número de participantes (...), com o objetivo de somar diferentes informações ao tema da pesquisa. Quando ocorrer repetição de informação, o tamanho da amostra é considerado adequado (TRENTINI; PAIM 1999, P.82).

Os **critérios de inclusão** utilizados foram: acompanhante que aceitou participar da pesquisa; responsável legal da criança; maior de idade.

Os **critérios de exclusão** foram: o não interesse do acompanhante em participar da pesquisa; menor de idade; acompanhante que não fosse o responsável legal da criança.

Para garantir e respeitar o anonimato dos participantes as entrevistas receberam a seguinte identificação: E1, E2, E3 e sucessivamente de acordo com a ordem em que foram acontecendo

4.4 Coleta das informações

As informações foram coletadas pela própria pesquisadora através de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A), o que permitiu uma maior flexibilidade deixando o participante mais à vontade para colocação de suas percepções.

Segundo Minayo (2004 p. 108) a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, o que possibilita que o entrevistado possa discorrer sobre o tema proposto, com ausência de respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.

O local da entrevista foi em uma sala disponibilizada na própria unidade de emergência pediátrica. As entrevistas foram realizadas com total privacidade e com cuidado para não interferir no processo de assistência ou nas atividades dos profissionais envolvidos no atendimento da criança e família. As entrevistas tiveram um tempo de duração de, no máximo, 30 minutos. A coleta das informações ocorreu no período de fevereiro/2011 a maio de 2011.

4.5 Análise das informações

Para a análise das informações foi utilizada a análise de conteúdo do tipo temático. Segundo Minayo, esta análise consiste em descobrir núcleos de sentidos que fazem parte de uma comunicação, e de acordo com a sua frequência ou presença que possam trazer significado para o objetivo analítico visado. (MINAYO, 2004 p. 209-11).

De acordo com Minayo a análise de conteúdo do tipo temático possui três etapas. **Pré-Análise** - consiste na escolha dos documentos que serão estudados ou analisados; na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa, adequando-os frente as informações coletadas; e a elaboração de indicadores que possam conduzir a interpretação final. **Exploração do Material** - esta fase da análise temática consiste essencialmente na codificação das informações coletadas. Ela permite o recorte do texto em outras unidades, que podem ser uma frase, palavra, um tema um acontecimento ou um personagem, de acordo com o que foi definido na pré-análise. Pode ser feita a escolha de contagem das informações, construindo índices para ajudar na quantificação. Essa etapa permite também fazer a classificação e agregação das informações. **Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação** - são propostas inferências e são feitas as interpretações previstas no contexto teórico. Existe a possibilidade da criação de outras pistas com relação às dimensões teóricas sugeridas pela leitura dos materiais (MINAYO, 2004 p. 209-11).

Desta forma os dados foram analisados de acordo com o objetivo desta pesquisa. As informações foram agrupadas de modo a responder o questionamento principal da pesquisadora. Foram divididas em duas categorias que possuem como foco o processo de referência e contra referência no cuidado a criança em emergência pediátrica.

4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi encaminhada para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, projeto nº 057/2010, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, projeto nº 100550.

As entrevistas foram gravadas e após, transcritas com total fidedignidade pela pesquisadora. A gravação será destruída dentro de 5 (cinco) anos conforme a lei dos Direitos Autorais 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que legisla sobre os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos.

Após o convite para participar da pesquisa e aceitação da mesma, todos os participantes assinaram um termo de consentimento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), no qual contêm todas as particularidades e objetivo do estudo, de forma clara e linguagem acessível, garantindo o anonimato e a liberdade de participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem causar prejuízo ao pesquisador (GOLDIM, 2000). O participante recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), sendo que o original ficou com a pesquisadora.

5 REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA NO CUIDADO A CRIANÇA NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Após a análise das informações foi possível identificar duas categorias de informações, mas que de certa forma, mantêm uma relação direta entre si e “carregam” um conjunto importante de significados para que possamos melhor entender o processo de referência e contra referência no cuidado a criança em Unidade de Emergência pediátrica.

CATEGORIAS	TEMÁTICAS
Referência da Criança para Emergência Pediátrica	Investigação na Unidade de Emergência Pediátrica
	Acesso a Atenção Básica de Saúde
	Vínculo com o Hospital
Contra-referência da Criança para Atenção Básica de Saúde	Práticas Curativas
	Contra-referência para o próprio hospital
	Contra-referência para Atenção Básica

Quadro 1 – Categorização das informações.

5.1 Referência da criança para emergência pediátrica

Ao referenciar a criança para uma unidade de emergência é fundamental que o responsável pelo atendimento faça-o estabelecendo uma comunicação entre o serviço especializado, a partir do centro de saúde (pré-hospitalar), com um de maior complexidade (intra-hospitalar).

5.1.1 Investigação do problema de saúde da criança na unidade de emergência pediátrica

O setor de Urgência e Emergência é um importante recurso para atendimento da assistência à saúde. Nos últimos anos ocorreu um aumento significativo na procura por estes serviços, devido à insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde e ao aumento de acidentes e da violência urbana. Estes fatores têm contribuído para aumentar a demanda destes serviços, que prestam um atendimento de fundamental importância para a população que necessita de serviços mais especializados e de pronto-atendimento (BRASIL, 2006).

As unidades de urgência e emergência encontram-se abertas 24 horas do dia e conseqüentemente tornam-se a porta de entrada do sistema de saúde, recebendo pacientes que necessitam do atendimento de urgência e emergência, com quadros percebidos como urgência e emergência, aqueles desprovidos da atenção básica e especializada e as urgências sociais. Essa demanda causa a superlotação destes setores e compromete a qualidade da assistência prestada à população (BRASIL, 2006).

Um dos questionamentos realizado para os responsáveis e acompanhantes das crianças que haviam recebido a alta hospitalar, foi por que eles tinham escolhido o serviço de emergência do hospital escola para buscar atendimento para seu filho?

As respostas que surgiram com maior freqüência foram:

Por que ela tava vomitando e com febre. (E1)

É que ontem ele começou a passar mal e vomitar e com tontura. (E3)

Por que ela tava com febre e não baixava. E eu levei ela no pediatra, que a gente tem convênio e ele disse que era perigoso né (...) .ai a gente trouxe ela aqui. (E5)

Nestas três falas podemos observar que a população utiliza os serviços de urgência e emergência para investigar as possíveis causas de adoecimento. Isso dificulta o andamento dos serviços de assistência e prejudica a resolutividade do problema de saúde de quem procura. Essa demanda contribui para a superlotação deste serviço, e conseqüentemente para a criança e o familiar torna-se um risco de contaminação, agravando-se com a demora para receber a assistência necessária.

Segundo Gomes, estes serviços propiciam uma pronta avaliação médica, uma certa facilidade para implementar a terapêutica do paciente, exames com diagnósticos entre outros serviços o que resulta em uma “eficácia” no atendimento e leva o usuário a entender o serviço de urgência e emergência como resolutivo no momento (LUDWIG, 2000).

Os usuários tendem a procurar os serviços que lhe dêem uma maior satisfação e “comprovação de resultados”, através de exames e atendimentos mais especializados, é o que revela as seguintes falas:

Aqui eles fazem todos os exames, tem médico especializado (...). (E8)

(...) aqui eles tiram sangue e fazem raio-x e tem resposta na hora né. (E15)

(..) aqui eles fazem exame né a gente demora um pouco, mas sai daqui com todos os exames feito é mais seguro né. (E20)

Assim, o usuário não recebe nenhum acompanhamento de saúde, mas apenas um atendimento médico para obter o diagnóstico o mais rápido possível, o que resultará no retorno deste usuário ao serviço.

O Ministério da saúde estabelece que a saúde da criança deve ser promovida em escolas, creches, pré-escolas e em unidades de saúde , com a criação de projetos que ofereçam ações coletivas com abordagens na promoção e educação em saúde da criança. Proporcionando assim um aprendizado sobre hábitos em saúde na busca pela qualidade de vida destas. Preconiza ainda a participação dos familiares em toda e qualquer atividade que envolva a mesma, proporcionando informações e saberes com abordagem em problemas de saúde de seus filhos, resultando assim, nas possíveis ações necessárias com o cuidado desta criança (BRASIL, 2005).

É fundamental que a família seja envolvida no processo saúde-doença de seus filhos. Isso possibilita o conhecimento para que os pais possam participar da promoção e prevenção em saúde de suas crianças, oferecendo e concretizando o cuidado integral desta. O cuidar não é atividade exclusiva dos profissionais da saúde, mas uma atividade que exige atenção de diferentes esferas da sociedade.

Ao analisar os problemas de saúde que levaram os pais na busca pelos serviços de saúde do hospital escola, identificamos algumas queixas como: febre, vômitos, náuseas, tonturas entre outras. Nenhuma das crianças que foi sujeito da entrevista chegou ao serviço de urgência e emergência necessitando de um atendimento rápido, devido à gravidade da sua saúde e não “exigiram” internação hospitalar, recebendo alta assim que os resultados dos exames e consulta médica foram realizados.

Por que ela tava com febre. (E5)

Por que ela tava gemendo com febre e não queria comer nada. (E15)

Nestas falas podemos entender que a partir dos diagnósticos médicos realizados, após atendimento destas crianças, todas poderiam ter sido atendidas e acompanhadas pela unidade básica de saúde. Desta forma, a demanda da unidade de urgência e emergência hospitalar sofreria um descongestionamento dos serviços oferecidos e a diminuição da sobrecarga dos trabalhadores desta área.

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, a partir da implementação do SUS a saúde torna-se um direito de todos e um dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e outros

agravos, o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação ((LUDWIG, 2000).

5.1.2 Acesso a Atenção Básica de Saúde

De acordo com a Política Nacional de Urgência e Emergência é imprescindível estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência com o objetivo de integrar toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar (UBS, PSF, ambulatórios especializados e unidades não hospitalares) com a rede hospitalar de alta complexidade, disponibilizando recursos e capacitando cada um dos componentes deste sistema integrado da rede de assistência, para que se de a atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência e emergência, de acordo com os limites de sua complexidade e capacidade resolutive (BRASIL, 2006. PG 57).

Uma das principais características identificadas durante a coleta das informações é a insatisfação dos usuários com os serviços de atenção básica em saúde. Muitos destes não utilizam os serviços locais de saúde pela dificuldade de acesso que estes apresentam. Como a dificuldade de conseguir agendar uma consulta, falta de uma infra-estrutura adequada e a demora para conseguir um encaminhamento para serviços mais especializados, entre outros.

Ao serem questionados sobre a utilização dos serviços de saúde próximos de suas residências, surgiram respostas como:

Não eu venho direto pra cá. Por que no posto não adianta. Por que toda vez que tentei eu nunca consegui consulta lá. (E7)

A gente não costuma ir lá porque é muito difícil de conseguir consulta lá. a gente precisa ir muito cedo pra fila, e tem vezes que tu vai e não consegue nem ficha. (E9)

Tem posto, mas é muito ruim pra se conseguir qualquer coisa. (E10)

Eu não vou muito no posto, por que pra conseguir consulta lá a gente tem que ficar na fila e é muito cedo que tem que ir pra lá. (E11)

Os serviços de saúde deveriam trabalhar como uma rede, todos os serviços interligados para melhor atender as necessidades dos seus usuários e identificar os problemas e as reais necessidades em saúde dos mesmos.

Partindo deste pressuposto, as unidades básicas de saúde (UBS) e a estratégia de saúde da família (PSF) possibilitariam, com ajuda do governo e municípios, a atuação com aqueles usuários dos serviços que necessitam de um atendimento básico em saúde e o encaminhamento para os outros níveis atenção, aqueles que necessitassem de serviços mais especializados (KOVACS; FELICIANO; SARINHO; VERAS, 2005).

Podemos observar nas falas abaixo a insatisfação pelos serviços da rede de saúde:

(...) tem um posto lá sim, mas é muito precário a gente nem usa. (E3)

(...) quando a gente vai lá o medico nem examina não olha nem a orelha dele. E pra mim marca consulta é difícil. (E4)

Tem posto, mas é muito ruim pra se conseguir qualquer coisa. (E10)

(...) eu trago ele aqui direto, o posto nunca tem ficha e eles não marcam consulta com especialista. (13)

O Estatuto da criança e do adolescente e a legislação brasileira reforçam o compromisso e a necessidade pela promoção do bem-estar das crianças e adolescentes. Assume que a responsabilidade não é apenas da família, mas do Estado e da Sociedade como um todo. Os cuidados assistenciais com a saúde das crianças devem estar entre as ações essenciais do Ministério da saúde, que tem como dever criar e oferecer programas com o objetivo de alcançar um atendimento à saúde mais humanizado e integral e de excelente qualidade para estes (BRASIL, 2005).

Os pais com suas dúvidas e medos acabam procurando os serviços que lhe dêem a certeza de que os filhos receberão um atendimento em saúde e assim, sairá deste com a identificação do problema de saúde.

É o que fica claro nestes depoimentos:

Não gosto do atendimento do posto sabe. Aquele pediatra nem olha pro meu filho ele só pergunta o que ele tem, ai eu falo e ele nem é capaz de examina o meu filho, é por causa disso que a gente trás ele aqui. (E4)

*(...) quando dava essas crises de convulsão a gente levava ele no 24 horas que é a emergência né lá em Cachoeirinha. Ai como deu duas vezes nele eu me apavorei e levei ele no 24 e depois mandaram ele embora e não fizeram nada. Só que no outro dia deu de novo. (E6)
No posto o médico só examina e olhe lá (...) por isso eu já trago ele aqui. (E20)*

Existe uma parcela significativa destas crianças que utilizam o serviço de urgência e emergência, por que não possuem qualquer outro tipo de recurso financeiro que possibilite a procura por outros serviços (particulares) em saúde. Todas dependem do sistema de saúde devido à situação financeira em que se encontram. Desta forma os pais se tornam “dependentes” do sistema e procuram a melhor maneira de resolver o problema de saúde de suas crianças.

Dos vinte entrevistados, dezessete referiram não utilizar o serviço de atenção básica, pela dificuldade encontrada para ter acesso nestas unidades. Apenas dois disseram não utilizar o serviço, pois onde residem não existe outro tipo de atendimento em saúde disponibilizado para eles, que o único local para atendimento é muito longe e deixa a desejar. E um acompanhante tem convênio ambulatorial e procurou atendimento no hospital para investigar os sintomas.

5.1.3 Vínculo com o Hospital

Foi possível identificar também, que uma parcela significativa dos participantes do estudo já possuía vínculo com o Hospital escola, ou seja, prontuário do hospital. Desta forma, a procura pelos serviços de atendimento do hospital era eleita como primeira opção de escolha para assistência de saúde de seus filhos.

Esse fator contribui para que se crie um ciclo vicioso entre usuário e o serviço de maior complexidade, assim, a criança recebe um atendimento imediato para “curar” e identificar os problemas de saúde que se sobressaem no momento, mas não recebem um atendimento integral com acompanhamento nos outros setores da saúde. Essa justificativa foi identificada em oito respostas apresentadas pelos entrevistados.

Refletindo sobre vínculo com o hospital:

Por que ele nasceu aqui e da outra vez que ele ficou baixado ele venho aqui também direto. (E11)

Primeiro por que ela nasceu aqui né!! E segundo indicações né todo mundo fala que é bom. (E13)

Por que ele nasceu aqui e ele já faz acompanhamento aqui ele como ele sofre de asma a médica prefere que eu traga ele aqui. (E16)

Por que ele já trata aqui com a neuro, com a genética e o pediatra dele é daqui também. (E19)

Ao procurar os serviços de saúde de uma unidade de urgência e emergência de um hospital, os usuários têm a certeza de que este possui todos os recursos materiais para atender as suas necessidades. E que através do trabalho oferecido por estes serviços os resultados do atendimento poderão ser satisfatórios (KOVACS; FELICIANO; SARINHO; VERAS, 2005).

A emergência do hospital, em estudo, serve de referência no Brasil, e principalmente na região metropolitana de Porto Alegre, como um hospital escola que possui recursos e estrutura suficiente para proporcionar um atendimento à saúde de qualidade. Este aspecto favorece a procura pelos serviços do hospital.

No decorrer das entrevistas, cinco usuários do sistema, procuraram atendimento por também terem boa informação sobre a qualidade dos serviços oferecidos pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Podemos identificar esse acontecimento nas falas a baixo:

(...) por que na nossa opinião é o melhor hospital que tem. (E9)

Bom eu sempre tive uma boa informação por que é um dos melhores hospitais. (E10)

Todo mundo fala que é o melhor hospital né e a gente sabe disso. (E12)

(...) por que é o melhor hospital, aqui a gente sabe que vai se atendido. (E20)

Nenhum dos participantes procurou qualquer outro tipo serviço antes da emergência do hospital, portanto nenhuma das crianças foi referenciada por outra unidade de serviço para procurar atendimento no hospital. Isso evidencia a falta vínculo dos usuários com os seus serviços de Atenção Básica, como as unidades básicas de saúde (UBS) e como a estratégia de saúde da família (PSF), que deveriam servir como porta de entrada destes usuários no sistema.

5.2 Contra-referência da Criança para Atenção Básica de Saúde

De acordo com o princípio de referência e contra-referência, preconizado pelo Ministério da Saúde, os pacientes deveriam após atendimento em unidades hospitalares de maior complexidade receber encaminhamento para suas unidades de referência para atendimento e acompanhamento em saúde, esse processo é conhecido como contra-referência.

5.2.1 Práticas Curativas

A organização do processo de referência e contra-referência permitiria que o fluxo do sistema de saúde ocorresse de uma forma ordenada e mais organizada, de acordo com as necessidades dos usuários e com o nível de complexidade de atenção exigido no atendimento.

A última pergunta realizada para os participantes da pesquisa foi que orientação foi dada para eles em relação aos cuidados com a saúde de seus filhos e se receberam

algum tipo de encaminhamento para outro serviço de saúde.

Ao responderem este questionamento identificamos a seguinte resposta:

Ela me entregou os papéis e só disse que ela tava liberada e que voltasse se não melhorasse. (E1)

É pra dar paracetamol (...) que se ele piorar é pra trazer ele aqui de novo. (E3)

Eles mandaram ele tomar antibiótico (...) e tomar remédio pra febre de 4 em 4 horas e mais nada. (E4)

Identificamos, nos depoimentos acima, uma prática puramente curativa e assistencialista, não havendo uma preocupação por parte da equipe com a promoção e prevenção da saúde da criança. Acredita-se que deveria haver uma interface entre o serviço de alta complexidade com o serviço de atendimento da atenção básica.

Ao procurar atendimento em uma unidade de saúde a criança tem o direito de ser acolhida, de acordo com a classificação de risco, de maneira qualificada e integral pelo profissional da saúde. Recebendo assim a escuta necessária e um atendimento de excelência. A unidade de serviço e os profissionais que atendem esta criança devem garantir e se responsabilizar pelas necessidades que esta criança possa precisar durante o atendimento. Assim, o atendimento não deve ser apenas uma proposta médica, mas um atendimento multiprofissional e organizado para que esta criança receba a devida atenção que precise (BRASIL, 2005).

Veio uma estudante de medicina falar comigo e disse pra cuidar a febre, por que agora ela tá sem febre e se piorar é pra voltar aqui. (E5)

Continua fazendo os jatinhos né e tomar o antibiótico por que ele tá com bronquite e volta se ele não melhora. (E7)

Cuida em casa né e se ele tiver alguma outra coisa traze ele de novo aqui né. (E8)

Nas três falas fica explícito a formação do ciclo entre o usuário e este serviço de saúde. A partir das orientações dadas os usuários entendem que a porta de entrada do

sistema é a unidade de urgência e emergência e que quando precisarem, independentemente de quais forem as suas reais necessidades, poderão procurar estes serviços para atendimento.

É de responsabilidade do profissional da saúde dar a assistência e garantir ao usuário do sistema de saúde a continuidade de seu atendimento, criando assim, um vínculo entre profissionais e usuários do serviço, atendendo os problemas com uma total resolutividade (BRASIL, 2004).

Eles pediram pra mim retornar caso precisasse, por que ela já fez tudo aqui. (E10)

Eles disseram pra eu leva no posto pra nebuliza e se piora é pra traze ele aqui de novo. (E12)

Estas crianças poderiam ter sido encaminhadas para uma unidade de saúde mais próxima de sua casa, e desta forma fazer um acompanhamento para que não venham a utilizar os serviços de urgência e emergência novamente. Estes profissionais, com a correria do dia-a-dia, não percebem muitas vezes que estas orientações se tornam rotineiras e que isto prejudica o fluxo do sistema, sobrecarregando o próprio trabalho e equipe de saúde, pois se no dia seguinte alguma destas crianças vierem a apresentar um pico febril provavelmente irão procurar o serviço novamente, por que foi essa a orientação recebida.

As ações em saúde na atenção à saúde da criança, ainda hoje, se constituem de uma prática predominantemente médica hegemônica focada em ações essencialmente curativas, com pensamento somente na doença, sem propor a promoção e prevenção da saúde infantil. Desta maneira, os profissionais perdem as oportunidades de entender as necessidades do desenvolvimento da criança, que estão intimamente ligadas ao ambiente em que vivem e as famílias em que estão inseridas, suas reais necessidades psicobiológicas (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2010).

(...) é pra ele volta a toma o remédio e se não melhora volta pro hospital. (E18)

É pra traze ele de novo pra cá se volta a febre. (E20)

Das vinte entrevistas realizadas, dezessete crianças receberam a orientação, após a alta, apenas sobre os cuidados com o uso da medicação e o retorno destas ao hospital se os sintomas retornassem ou piorassem. Nenhuma das crianças recebeu um documento referenciando-as para outro serviço de referência para dar continuidade ao tratamento.

5.2.2 Contra-referência para o próprio hospital

Os profissionais da área também são responsáveis pelo andamento e viabilidade do sistema de saúde SUS. São eles que a partir de orientações conseguirão “educar” a população para usar adequadamente os serviços. Acreditar que os serviços hospitalares são responsáveis e obrigados a assistir toda a demanda que necessita de uma consulta médica, muitas vezes de rotina, é continuar alimentando o ciclo vicioso entre os usuários e o sistema de saúde, como podemos identificar nas falas:

Eles disseram pra eu fazer o tratamento em casa agora e se ela piora traze pra cá de novo. (E15)

Cuida em casa né e se ele tiver alguma outra coisa traze ele de novo aqui né. (E8)

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) quando uma unidade de saúde não possui uma equipe que se responsabilize pela referência e contra-referência, o usuário acaba se tornando responsabilidade de todos os profissionais do serviço e conseqüentemente ao mesmo tempo de nenhum. Cada especialista preocupa-se em resolver a sua parte no atendimento e acabam esquecendo-se de fazer o elo entre as diversas intervenções possíveis que existem para o tratamento terapêutico. Seguindo por esta linha de pensamento o sujeito é “divido em pedaços” por ser abordado por diferentes profissionais, como se fossem uma “linha de produção” e acabam por não receber o atendimento integral. A partir das opções das ações em

saúde possíveis é viável negociar entre o usuário e a equipe tornando a continuidade do tratamento algo possível de ser realizado (BRASIL, 2004. P8).

No decorrer da análise das informações, observamos que das dezessete crianças que receberam orientação apenas para cuidados em casa, dez já eram pacientes do hospital, e vinham ao longo do tempo realizando acompanhamento com outras especialidades. Todas já tinham consulta agendada com seus pediatras para os meses subseqüentes, evidenciados nos depoimentos abaixo:

(...) ele faz acompanhamento com o pediatra aqui desde que nasceu por que ele teve um problema e ficou internado e ele tem consulta mês que vem (...) por isso eu nem uso o posto. (E3)

Eles disseram que é pra mim vim aqui por que agora em maio eu tenho um exame marcado pra ele e um eletro da cabeça e em junho ele tem consulta aqui com o neurologista (...) ele tem consulta de seis em seis meses. (E6)

Disseram pra ele toma o remédio (...) eles mandaram vim aqui por que na sexta que vem eu marco consulta de novo lá no ambulatório, na verdade é pra mim adia a consulta dele com o pediatra. (E18)

A Política Nacional de Atenção às Urgências, estabelece que as unidades hospitalares devem estar preparadas para atender as situações de saúde de maior complexidade, ou seja, devem ter uma equipe composta de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem entre outros profissionais habilitados para atender estes usuários do serviço. Além da equipe multiprofissional treinada e capacitada, deve-se manter também a sua estrutura adequada e organizada com recursos materiais disponíveis para a assistência. A unidade fica responsável, a partir do atendimento, pela concretização dos fluxos de acordo com os diagnósticos e avaliações dos profissionais da saúde. Além disso, deve ter uma atenção especial no redirecionamento destes usuários para os serviços de atenção básica garantindo assim uma assistência, não apenas curativa, mas focada na promoção, prevenção e recuperação em saúde destes usuários (BRASIL, 2006).

Por oferecer serviços ambulatoriais especializados, o hospital acaba, nestes casos, substituindo o atendimento de acompanhamento que deveria ser realizado também pelas unidades básicas de saúde. Na tentativa de proporcionar uma

assistência para os usuários os profissionais acabam cometendo o erro de não redirecionar os mesmos para os outros serviços. Assim, o serviço do hospital torna-se fundamental para a assistência destas crianças.

5.2.3 Contra-referência para Atenção Básica de Saúde

Apenas duas crianças, que participaram da pesquisa, receberam algum tipo de encaminhamento para o posto. As duas precisavam fazer um procedimento cirúrgico, mas esse não foi considerado um procedimento de emergência. As crianças recebem um encaminhamento através de um papel impresso e foram orientadas a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa.

Sendo assim, o posto iria referenciá-los para receber atendimento e realizar o procedimento no local mais adequado:

Eles me deram um encaminhamento pro postinho por que ela tem um cisto no ovário e ela precisa operar, e a gente não sabe pra quando nós vamos conseguir porque ai tem que esperar o posto encaminhar pra cá de novo. (E2)

Eles mandaram a gente ir no posto né, deram um papel encaminhando pra lá por que como não é grave né eles que encaminham de lá. (E9)

Os profissionais deveriam com o apóio de uma equipe “especializada” tornar rotina estes encaminhamentos para os serviços básicos em saúde, independente de qual a necessidade da criança. Este processo que identificamos nas duas falas, a cima, concretiza o processo de referência e contra-referência do sistema de saúde e contribui para o andamento e o funcionamento adequado dos serviços de saúde.

Eles disseram pra eu ir no posto ai se ele piorar eles mandam prá cá. (E17)

Nesta última fala, o familiar foi apenas orientado a procurar o atendimento no

posto de saúde. Quando foi interrogado sobre a documentação, ou encaminhamento, o familiar referiu não ter recebido nenhum papel ou documento encaminhando-o para o serviço.

Para que ocorra a contra-referência é necessário que o usuário seja encaminhado, através de um documento, para o posto de saúde explicando o motivo do atendimento que este irá necessitar e uma rede interligada que se responsabilize pelo encaminhamento deste.

Identificamos através da análise das informações que o processo de contra-referência não acontece de maneira organizada e dinâmica. Das vinte entrevistas realizadas, apenas duas crianças receberam o encaminhamento para o serviço de atenção e uma terceira recebeu apenas a orientação para procurar o posto de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao elaborar esse projeto de pesquisa teve-se como objetivo, identificar o processo de referência e contra-referência no cuidado a criança na unidade de emergência pediátrica. No decorrer da pesquisa, ao entrevistar os pais e responsáveis por estas crianças, foi possível esclarecer algumas dúvidas em relação a este questionamento.

As crianças, alvo deste estudo, que utilizam os serviços de saúde do SUS estão relativamente desamparadas quando se fala de acompanhamento em saúde. Apesar das políticas e programas de atenção a saúde da criança, criados pelo ministério, isso não é suficiente para estabelecer prevenção, promoção, recuperação e vínculos entre o serviço de saúde e a criança-família.

Por estarem em pleno período de crescimento e desenvolvimento e mais suscetíveis a agravos em saúde, estas precisam de um acompanhamento integral da rede básica de saúde. Através de ações em saúde, ou seja, consultas agendadas e uma melhor disponibilidade de acesso para atendimento nos serviços da rede de atenção básica.

Através das falas foi possível identificar que existe uma dificuldade do acesso destas famílias e crianças aos serviços de menor complexidade, despreparo dos profissionais e a precariedade de equipamentos básicos de cuidado, que são fatores que expõe a fragilidade do SUS e contribuem para a superlotação das emergências pediátricas

Desta forma, a procura pelo serviço de emergência, expõe a criança aos agravos, a demora do atendimento e a riscos de contaminação devido a sua vulnerabilidade. Por não terem a “confiança” de um atendimento resolutivo e de qualidade estes acabam procurando as unidades de emergências, muito antes de recebem uma avaliação pré-hospitalar. Esta pré-avaliação ajudaria na efetividade da referência aos serviços de saúde, aqueles que a criança realmente necessitasse.

Ao analisar o processo de referência e contra-referência, foi observado que a própria equipe de saúde está despreparada para dar continuidade no atendimento a

essas crianças. O atendimento mecanicista e focado principalmente no diagnóstico e cura da doença, ainda hoje, prevalece na atenção básica, unidades hospitalares e principalmente em na unidade de urgência e emergência que precisa dinamizar o fluxo de usuários para dar conta do serviço.

Os gestores de saúde, tanto do pré-hospitalar quanto do hospitalar, deveriam criar estratégias para dinamizar este processo de comunicação de referência e contra-referência. Preparar e capacitar a equipe de saúde através de educação permanente em serviço são algumas estratégias que poderiam diminuir a procura pelos serviços das de emergências pediátricas. Ainda existe a necessidade de solidificar, entre os profissionais de saúde, a importância dos princípios norteadores do SUS e suas interfaces com o processo de comunicação de referência e contra-referência com a rede de atenção de forma interligada.

Independente da situação de precariedade, da falta de recursos, ou demora no atendimento destes serviços, como visualizamos habitualmente nas notícias, devemos como profissionais de saúde nos responsabilizar pelo cuidado integral de saúde da criança.

O enfermeiro como gerenciador de serviços tem um papel fundamental em proporcionar e estabelecer o contato dos serviços com os familiares e a criança, tornando possível a criação do vínculo destes com a Atenção Básica de saúde.

É imprescindível a reestruturação destes serviços de saúde de acordo com as necessidades de seus usuários, adequar e organizar a oferta de serviço frente à demanda proporcionando um atendimento de qualidade para a população de sua abrangência. Assim seria possível a organização do sistema de referência para os outros serviços de saúde.

Portanto, foi possível observar que o processo de referência e contra-referência não ocorre nos serviço de saúde. Ao analisar as informações e reler as falas ficou muito claro, que este processo ainda não saiu definitivamente do “papel” e apesar de ser uma política preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda não funciona como um processo, mas sim como um ideal de atendimento dos usuários.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional de enfermagem e da outras providências. In: ASSOCIACAO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A nova lei do exercício da enfermagem**. ABEn: Brasília, 1987. p. 20-23.

BRASIL, **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> acesso em 25 de setembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> acesso 26 de setembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Assistência à saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e princípios**. Dispõe dos princípios e doutrinas do SUS. Brasília 1990c. Disponível em: WWW.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf acesso e 26 de setembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde - **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. São Paulo 2002a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf> acesso em 15 de outubro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM em 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS 01/02. Brasília: Diário Oficial da União, 2002b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm> acesso em 25 de setembro de 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo os seres humanos**. Inf. Epidem. SUS – Brasil, 2, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed. ampliada Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2005. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Brasília, 2004. Política Nacional de Humanização.

BRASIL, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124 acesso em 16/07/2011.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2ª ed Porto Alegre: Dacasa, 2000.

KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. C. A. **Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-atendimento**. Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, maio/junho de 2005. Vol 81.

LAROUSSE CULTURAL: **Grande enciclopédia**. Nova Cultural Ltda 1999, v 9 p. 2076; v 24 p. 5845.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência: com a palavra, o usuário**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2000. 115 p.

MINAYO, M^a. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 269 p.

POLIT DF, BECK C.T., HUNGLER B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

RAMOS, D.D.; LIMA M.A.D.S.. O espaço de enfermagem em saúde coletiva na rede municipal de saúde de Porto Alegre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 2000; 21: 45-55.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. MOCHEL, E. G. **Modelando a integridade do cuidado a criança na atenção básica de saúde**. Porto Alegre, 2010. *Rev Gaúcha Enferm.*, dez 31(4):701-7.

STEIN A. T. **Acesso a atendimento médico continuado: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência**. Porto Alegre: UFRGS, 1998. 214 (Tese, Doutorado em Clínica Médica). Faculdade de Medicina UFRGS, 1998.

TACSI Y.R.C, VENDRUSCOLO D.M.S. **A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica**, *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* v.12 n.3 Ribeirão Preto, maio/jun. 2004.

TRENTINI M., PAIM L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC;1999.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data: ____/____/____

Entrevista n^o.: ____

Questões Norteadoras:

Agora que seu filho já teve alta o senhor(a) poderia me contar porque o Senhor trouxe ele para a emergência do Hospital?

Onde o senhor(a) costuma levar seu filho quando ele precisa de atendimento?

O senhor(a) poderia me contar o que foi orientado em relação aos cuidados após a alta, em relação a saúde do seu filho?

Alguém orientou o senhor(a) a procurar outro serviço de saúde próximo da sua casa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de Enfermagem Paula dos Santos Braga sob orientação da Prof^a. Ms^a Ivana de Souza Karl. Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e quem em caso de dúvidas ou novas perguntas você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Paula dos Santos Braga, telefone (51) 84633880, e-mail: paula.braga@ufrgs.br e endereço: Rua São Manuel 963, Escola de Enfermagem - UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre/RS, CEP 90620-110. Comitê de Ética em Pesquisa/ GPPG Hospital de Clínicas de Porto Alegre Fone/Fax: (51) 3359.7640.

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Intitulada: "**Referência e contra referência no cuidado a criança na Unidade de Emergência Pediátrica**", que tem como objetivo principal "identificar como ocorre a referência e contra referência no cuidado a criança na unidade de Emergência Pediátrica".

O tema escolhido se justifica pela importância de identificar fatores que possam ajudar na elaboração de estratégias que contribuam para melhoria deste processo, conseqüentemente ajudar a implementar a integralidade no atendimento dos usuários desse sistema de saúde.

Para alcançar o objetivo do estudo, será realizada uma entrevista semi-estruturada com algumas perguntas pré-estabelecidas e outras que serão desenvolvidas no decorrer da entrevista que terá duração de no máximo 30 minutos.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca do assunto relacionado a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, ou da entrevista não necessitando de justificativa para isso, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Que não terei quaisquer benefícios e/ou direitos financeiros sobre os eventuais resultados decorrentes da pesquisa.

Declaro que recebi cópia deste Termo de consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Nome do Entrevistado

Ivana de Souza Karl
Pesquisadora

Assinatura do Entrevistado

Paula dos Santos Braga
Acadêmica de Enfermagem