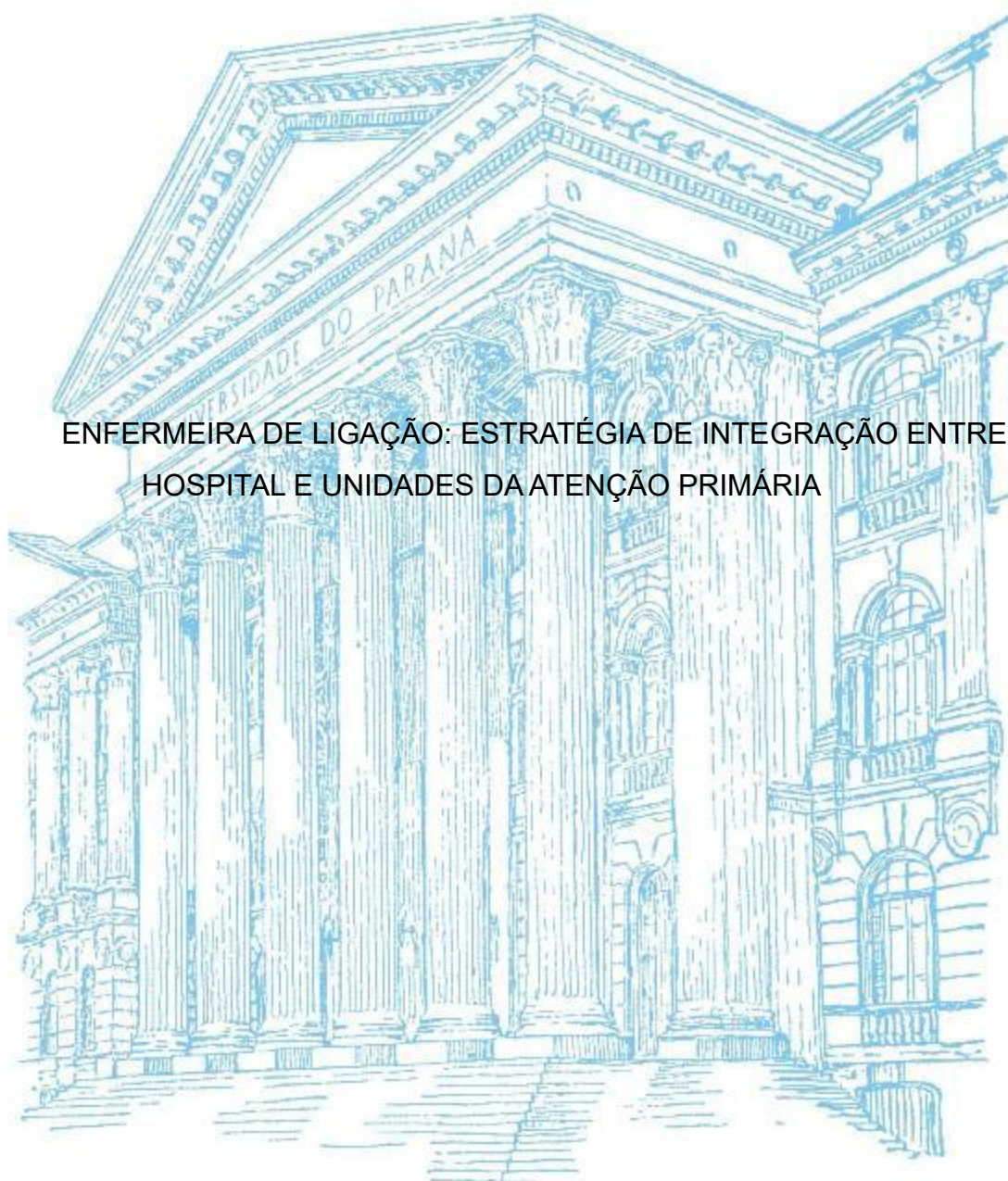


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ESTER DO NASCIMENTO RIBAS



ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO: ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE  
HOSPITAL E UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

CURITIBA

2016

ESTER DO NASCIMENTO RIBAS

ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO: ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE  
HOSPITAL E UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional do Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2016

Ribas, Ester do Nascimento

Enfermeira de ligação: estratégia de integração entre hospital e unidades da atenção primária /  
Ester do Nascimento Ribas - Curitiba, 2016.

103 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da  
Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2016.

Inclui bibliografia

1. Integralidade em saúde. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Cuidados de enfermagem.  
I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

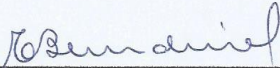
**TERMO DE APROVAÇÃO MESTRADO**

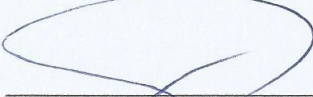
**NOME DO ALUNO: ESTER DO NASCIMENTO RIBAS**

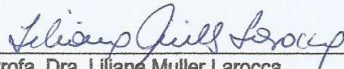
**ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO: ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE HOSPITAL E  
UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa gerenciamento de ações e serviços de saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a):

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Elizabeth Bernardine  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Paulo Poli Neto  
Membro Titular: (externo ao PPGENF ou à UFPR)

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Liliapa Muller Larocca  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 17 de fevereiro de 2016.

*Dedico esse estudo aos usuários do SUS que se encontram hospitalizados, fragilizados pela doença, pelas incertezas do futuro e inseguros diante de mãos desconhecidas.*

*Que essa pesquisa possa contribuir para sua melhor qualidade de vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS** pela vida, saúde e por todas as bênçãos recebidas ao longo da minha jornada.

Agradeço a **Secretaria municipal de Saúde de Curitiba** pelo apoio e liberação para que eu pudesse realizar este estudo.

Agradeço ao meu esposo **Everton Luiz Zambenedetti Ribas** pelo amor, incentivo e paciência que teve comigo durante esses dois longos anos.

Agradeço a minha filha **Alessandra do Nascimento Ribas** pelo amor, carinho e incentivo nos momentos em que parecia que não ia dar certo.

Agradeço a minha filha **Juliane Nascimento Ribas**, companheira de profissão, pelo amor e por acreditar na importância deste estudo.

Agradeço ao meu filho **Mateus Nascimento Ribas** ainda tão pequeno, mas conseguiu compreender as minhas constantes ausências.

Agradeço a minha **mãe** que sempre me incentivou a estudar, estudar e estudar e hoje com muito orgulho daquilo que me tornei.

Agradeço a minha orientadora **Prof.Dra. Elizabeth Bernardino** pelas orientações e direcionamento para que eu pudesse realizar um bom trabalho.

Agradeço a todos os **enfermeiros** que participaram, direta ou indiretamente, deste estudo e que me receberam de braços abertos nos seus locais de trabalho.

Agradeço a minha cunhada **Elisabeth Ribas de Quevedo** pela correção desse estudo.

*“A mente que se abre a uma nova ideia  
Jamais voltará ao seu tamanho original”*

*Albert Einstein*

## RESUMO

Pesquisa de intervenção de caráter exploratório e de abordagem qualitativa. Os objetivos foram propor estratégia de contrarreferência do hospital para a atenção primária com a contribuição da “enfermeira de ligação”; avaliar o projeto piloto da “enfermeira de ligação” na perspectiva das enfermeiras das unidades de internação do hospital e da UPA que realizaram a contrarreferência; avaliar a proposta na perspectiva das enfermeiras da atenção primária e identificar o perfil dos usuários encaminhados das unidades de internação do hospital e da UPA para as unidades de saúde. Participaram deste estudo 53 enfermeiros: 12 enfermeiros do hospital: clínica médica masculina e feminina; cirurgia geral e do aparelho digestivo; ortopedia, urologia, neurologia clínica e centro de tratamento semi-intensivo, sete enfermeiros da UPA, 34 enfermeiros da atenção primária e 43 usuários totalizando 96 participantes. Para a realização da pesquisa foram considerados e respeitados todos os aspectos éticos conforme os preceitos da Resolução 466/12– CNS. Foi realizado um projeto piloto nas unidades de internação do hospital e da UPA e os enfermeiros participantes aceitaram assumir provisoriamente a função de “enfermeira de ligação”. A implantação ocorreu em três etapas sequenciais: etapa I - planejamento da intervenção, etapa II – implantação do projeto piloto, etapa III – avaliação da intervenção – coleta de dados. Para análise das entrevistas dos enfermeiros participantes da pesquisa utilizou-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, 2011 e para identificar o perfil dos usuários contrarreferenciados foi realizada avaliação das fichas de contrarreferências sendo analisadas pela mesma técnica. Entre os resultados verificou-se que a maioria dos enfermeiros participantes possui idade entre 31 a 40 anos com mais de dez anos de formação e com ao menos uma especialização. Em relação aos enfermeiros que realizaram a contrarreferência foi identificado quatro categorias: dificuldades relacionadas aos usuários, dificuldades relacionadas ao processo de trabalho, facilidades e sugestões. Em relação aos enfermeiros que receberam os usuários na atenção primária foram identificadas seis categorias: Opinião sobre o projeto, contato por telefone, informações recebidas sobre o usuário, recebimento da documentação de alta via *e-mail*, inclusão desta função no processo de trabalho do enfermeiro e sugestões. Em relação aos usuários foi identificado que a maioria possui mais de 60 anos de idade e a unidade de internação que mais contrarreferenciou usuários foi à unidade de neurologia clínica. Percebeu-se que todos os usuários contrarreferenciados eram portadores de mais de uma patologia prevalecendo à hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, sendo hospitalizados por diferentes motivos. Entre as necessidades de continuidade de cuidados apresentadas pelos usuários podemos citar cuidados com feridas complexas, cuidados com dispositivos, entre eles, sondas nasoenterais, nasogástricas, vesicais, colostomias, ileostomias e cateteres de hemodiálise. Entende-se que todos os enfermeiros consideraram importante a realização da contrarreferência e que este processo impactou diretamente na qualidade do atendimento, sendo possível ser implantado.

Descritores: integralidade em saúde; continuidade da assistência ao paciente, cuidados de enfermagem.



## ABSTRACT

Exploratory intervention research and qualitative approach. The goals were to propose counter-reference strategy from the hospital to primary care with the contribution of the "liaison nurse", to evaluate the pilot project of the "liaison nurse" under the perspective of the nurses within the inpatient units and emergency care units that conducted the counter-reference, to evaluate the proposal under the perspective of primary care nurses and identify the profile of the users sent from inpatient units within hospitals and emergency care units to care units. This study included 53 nurses: 12 hospital nurses - male and female medical clinics, general surgery and digestive tract, orthopedics, urology, clinical neurology and semi-intensive care unit - 7 emergency care unit nurses, 34 nurses in primary care and 43 users totaling 96 participants. For the research were considered and respected all ethical aspects as the provisions in Resolution 466 / 12- CNS. A pilot project was conducted inside hospital inpatient units and emergency care units, and the participating nurses accepted to provisionally assume the role of "liaison nurse." The implementation took place in three sequential steps: Step I - intervention planning, Step II - the pilot project implementation, Step III - evaluation of the intervention and data collection. For the analysis of the participant nurses interviews it was used the content analysis technique - proposed by Bardin, 2011 - and to identify the counter-reference users profile the counter-reference files were analyzed through the same technique. Among the results it was verified that most nurse participants aged 31 to 40 years old with more than ten years of training and at least one specialization. For nurses who performed the counter-reference, were identified four categories: problems related to users, difficulties related to the work process, facilities and suggestions. For nurses who received users in primary care, were identified six categories: Opinion about the project, contact by telephone, received information regarding the user, receiving the documentation regarding discharge through mail, inclusion of this function in the nurse work process, and suggestions. Regarding users, it was identified that most were 60 years or older and the hospitalization unit that did more counter-references was the clinical neurology. It was noticed that all counter-referenced users were carriers of more than one pathology, prevailing hypertension and diabetes mellitus, being hospitalized for different reasons. Among the requirements of continuous care presented by the users we can list complex wound care, care with devices, including, nasogastric tube, bladder, colostomy, ileostomy and hemodialysis catheters. It is understood that all nurses considered important to conduct the counter-reference and that this process directly impact the quality of care, being possible to be implemented.

Keywords: Health completeness; continuity of patient care, nursing care.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - RESUMO DOS DIFERENTES SENTIDOS DA INTEGRALIDADE...	24
QUADRO 2 -PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	39
QUADRO 3 -QUADRO SÍNTESE DA ETAPA I DA INTERVENÇÃO.....	41
QUADRO 4 -QUADRO SÍNTESE DA ETAPA II A IMPLANTAÇÃO DO PROJETOPILOTO.....	45
QUADRO 5 -QUADRO SÍNTESE DOS OBJETIVOS, COLETA DE DADOS, ANÁLISE DOS DADOS E PARTICIPANTES.....	51
QUADRO 6 -QUADRO SÍNTESE AJUSTE DURANTE O PROCESSO.....	55
QUADRO 7 -QUADRO SÍNTESE DAS ENTREVISTAS COM AS ENFERMEIRAS DO HOSPITAL E DA UPA QUE REALIZARAM A FUNÇÃO “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO”.....	58
QUADRO 8 – QUADRO SÍNTESE RESULTADO DAS ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	61

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DIAGRAMA DE DAWSON.....	26
FIGURA 2 – CRESCIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA.....	30
FIGURA 3 - MAPA DE CURITIBA E SEUS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE .....	31
FIGURA 4 - FLUXO PARA A CONTRARREFERÊNCIA ELABORADO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PILOTO.....	43
FIGURA 5 - FLUXO PARA A CONTRARREFERÊNCIA – ALTERAÇÕES APÓS O GRUPO FOCAL.....	57
FIGURA 6 - PROPOSTAS DE FLUXO PARA A CONTRARREFERÊNCIA.....	70

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, SEXO, TEMPO DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO.....	53
TABELA 2 –CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO.....	66
TABELA 3 –CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	66
TABELA 4 – DOENÇAS APRESENTADAS PELOS USUÁRIOS.....	67
TABELA 5 – NECESSIDADES DE CUIDADOS APRESENTADAS PELOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS DO HOSPITAL E UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.....	68

## LISTA DE SIGLAS

APS	- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
AVC	- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
CAD	- CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
CAPS	- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CES	- CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
CNE	- CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
CNS	- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COFEN	- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONEP	- COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA
CTSI	- CENTRO DE TRATAMENTO SEMI-INTENSIVO
DCNT	- DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL
DS	- DISTRITO SANITÁRIO
DM	- DIABETES MELLITUS
DPOC	- DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA
ESF	- ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HAS	- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HDA	- HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
IRC	- INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
MS	- MINISTÉRIO DA SAÚDE
NASF	- NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
OMS	- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
RAS	- REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
SNE	- SONDA NASOENTERAL
SNG	- SONDA NASOGÁSTRICA
SUS	- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SVD	- SONDA VESICAL DE DEMORA
TCLE	- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
UFPR	- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
UPA	- UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
UMS	- UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
UTI	- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 OBJETIVO GERAL.....	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
3.1 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO COM ÊNFASE NA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS.....	21
3.2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS E ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO.....	26
3.3 “ENFERMEIRADE LIGAÇÃO”A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS E ALTA QUALIFICADA.....	32
<b>4 MÉTODO</b> .....	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	36
4.3 PARTICIPANTES .....	38
4.4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	40
4.4.1 Etapa I: Planejamento da intervenção .....	40
4.4.2 Etapa II: A implantação do projeto piloto .....	44
4.4.3 Etapa III: Avaliação da intervenção – coleta de dados .....	48
<b>5 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	50
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	52
<b>7 RESULTADOS</b> .....	53
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO .....	53
7.2 AVALIAÇÃO DO PROJETO PILOTO “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO” NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS QUE REALIZARAM A CONTRARREFERÊNCIA .....	54
7.3 AVALIAÇÃO DA PROPOSTA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	60
7.4 PERFIL DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO .....	66

<b>8 PROPOSTAS DE FLUXO PARA A CONTRARREFERÊNCIA.....</b>	<b>69</b>
<b>9 DISCUSSÃO.....</b>	<b>71</b>
9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES .....	71
9.2 OBJETIVO 1 – AVALIAÇÃO DO PROJETO PILOTO “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO” NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS QUE REALIZARAM A CONTRARREFERÊNCIA .....	72
9.3 OBJETIVO 2 – AVALIAÇÃO DA PROPOSTA NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	76
9.4 OBJETIVO 3 – PERFIL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL E DA UPA PARA AS UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	79
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>

## APRESENTAÇÃO

O interesse e a motivação para realizar este estudo partiram da minha prática profissional, no desempenho das funções como enfermeira assistencial e gestora local do Sistema Único de Saúde-SUS em uma Unidade de Pronto Atendimento-UPA e uma unidade básica de saúde do município de Curitiba.

No período compreendido entre 2007 a 2012, enquanto desempenhava essas funções, entre tantas observações, constatei que os usuários que retornavam ao seu domicílio após um período de internação, ficavam perdidos na malha da rede de atenção, comprometendo o processo de restabelecimento.

Atrelado a isso, vivenciei muitas dificuldades no contato com profissionais da atenção terciária para a obtenção de respostas aos questionamentos relacionados aos cuidados e orientações que esses usuários precisavam.

No cotidiano da gestão, observei que a integralidade, enquanto um dos princípios basilares do SUS, ainda não foi incorporada pelos profissionais nas suas práticas assistenciais e isso compromete a assistência, bem como, a continuidade dos cuidados. Este fato me instigou a realizar tentativas de aproximar os profissionais, dos diferentes níveis de atenção, para oferecer assistência de maior qualidade com resolutividade.

Os profissionais que atuam na área da saúde têm como dever avaliar constantemente o seu processo de trabalho, mesmo diante das dificuldades do dia a dia, da complexidade e dos desafios que envolvem o seu fazer. Devem se aproximar, dialogar, trocar experiências, discutir casos, conhecer as realidades de cada ponto de atenção. Isso porque, a cada dia e cada vez mais nos deparamos com diferentes e novas necessidades. As demandas humanas estão se tornando mais complexas, a população está envelhecendo, a violência urbana aumentando, o estilo de vida já não é mais o mesmo de décadas atrás, o mundo moderno e os avanços tecnológicos estão causando um forte impacto no ser humano.

Todos esses fatores comprometem a condição de saúde das pessoas provocando um grande aumento das doenças crônicas e agudas que podem provocar sequelas temporárias ou permanentes envolvendo longos períodos de internação, reabilitação e reinserção social. Portanto, realizar um processo de transição do ambiente hospitalar para o domicílio sem descontinuar o cuidado pode trazer muitos



benefícios para os usuários e para o sistema.

A equipe de saúde é composta por diferentes profissionais, contudo, apontar o enfermeiro como o profissional capaz de realizar a aproximação dos diferentes níveis de atenção, para a continuidade do cuidado, justifica-se pelo fato de que este profissional é considerado como peça “chave” na equipe de saúde. É ele que realiza o gerenciamento da unidade de internação, o gerenciamento do cuidado, liderando e conduzindo a equipe de enfermagem e se encontra mais próximo do paciente e família, tornando-se o elo entre todos da equipe de saúde

Sensibilizar o enfermeiro para o enfrentamento e a reflexão das suas práticas e do espaço que ocupa e proporcionar momentos de discussão de novas possibilidades de trabalho, significa identificar os sucessos e desafios que norteiam o saber e o fazer desta profissão. No que diz respeito ao usuário que recebe alta hospitalar e que necessita de continuidade de cuidados na atenção primária, o enfermeiro pode representar o ponto de partida no planejamento, aproximação e repasse das informações referente às necessidades do usuário para que a transição e a continuidade dos cuidados ocorram.

Enquanto enfermeira, gestora do SUS Curitiba e conhecedora das dificuldades enfrentadas, tanto pela gestão do sistema, que busca diariamente novas possibilidades de melhor atender o usuário, como do usuário que enfrenta diversas dificuldades para receber todo o cuidado que necessita, considero importante contribuir com novas possibilidades de trabalho que venham somar com os esforços em avançar cada vez mais para o alcance da integralidade.

Diante disso, o programa de Mestrado Profissional oferece à oportunidade de uma intervenção na prática profissional, o que representa, neste caso em particular, a elaboração de uma proposta de fluxo para a contrarreferência com a contribuição do “enfermeiro de ligação” para a continuidade dos cuidados.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Gerenciamento de ações e serviços de saúde do Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná e faz parte de um projeto maior intitulado Estratégias de Integração em Rede: Contribuições do enfermeiro.

## 1 INTRODUÇÃO

Enfermeira de ligação surgiu no Canadá nos anos 60 com o objetivo de reduzir o tempo de internamento, estabelecer comunicação com o usuário, identificar suas necessidades e assegurar a continuidade dos cuidados após alta hospitalar. Esta função corresponde ao profissional que realiza a contrarreferência do usuário entre os níveis assistenciais na perspectiva do cuidado integral, podendo sendo considerada como uma das estratégias de integração entre os níveis de atenção (BERNARDINO et al., 2010).

De acordo com Paim (2009), a integração pode ser compreendida como uma ligação necessária para evitar que pontos de atenção fiquem isolados, sem comunicação entre si, remetendo a um desenho de rede de atenção à saúde – RAS. A RAS é formada por um conjunto de serviços de saúde, que apresentam objetivos comuns, sem hierarquia entre si, com a responsabilidade em oferecer atendimento a todas as necessidades dos usuários com resolutividade, fortalecendo a integralidade (MENDES, 2011).

A integralidade é um dos princípios basilares do SUS podendo ser definida como um conjunto organizado e contínuo de ações assistenciais direcionadas para os indivíduos, família e comunidade, em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1990). É considerada como desafio a ser enfrentado, visto a sua complexidade e os diferentes conceitos que adquiriu ao longo do tempo (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Pode ser compreendida como uma forma de assegurar que os serviços de saúde sejam ajustados às necessidades da população, impedindo a limitação das ações e das ações superficiais (STARFIELD, 2002). Além desta compreensão pode ainda ser considerada como resultado das práticas do cuidado que proporcionam o cuidado integral, de pequenos cuidados que se complementam e do cuidado entre os diferentes serviços (CECÍLIO; MERHY, 2003). Contudo, Lima et al. (2012), apontam que é necessário conhecer o contexto organizador das práticas e, desta forma, compreender a diversidade da aplicação da integralidade.

Neste estudo a integralidade será compreendida como o cuidado integral que deverá ser garantido ao usuário hospitalizado e que recebe alta hospitalar e da continuidade dos cuidados por meio de estratégia para a contrarreferência.

Uma estratégia a ser considerada como um importante mecanismo para o

alcance da integralidade é o sistema de referência e contrarreferência. Neste sistema, a referência representa o encaminhamento do usuário para um atendimento de maior complexidade e a contrarreferência, o encaminhamento do usuário para a menor complexidade, sendo esta, a unidade básica de saúde localizada mais próxima do seu domicílio (BRASIL, 2003).

No que diz respeito ao usuário hospitalizado que recebe alta hospitalar e necessita de continuidade dos cuidados a contrarreferência realizada adequadamente, significa aproximar-se da integralidade, tendo em vista, a complexidade apresentada pelos usuários. Dentre as necessidades, temporárias ou permanentes, podemos citar a presença de sondas, tubos, drenos, feridas complexas, oriunda de internações hospitalares, causadas por doenças agudas, traumas e as doenças crônicas agudizadas como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica.

Nesta perspectiva é imperativo que exista uma dinâmica de atuação dos profissionais, principalmente do enfermeiro, no que se refere a continuidade dos cuidados é necessário que usuário permaneça no radar dos profissionais. A transferência das informações e dos cuidados individuais, a ligação ou aproximação dos diferentes profissionais envolvidos favorecem melhores práticas (MEADOWS et al., 2014).

De acordo com Levy et al. (2014), o enfermeiro é a profissional “chave” para a execução desta ligação entre os níveis assistenciais, pois é o profissional que está mais próximo do usuário, bem como, da sua família, podendo fornecer respostas significativas em todos os níveis de atenção. Como a essência do seu trabalho é o cuidado, pode identificar mais facilmente as reais necessidades dos usuários (SUZUKI et al., 2009).

O Decreto 94.406/87, que regulamenta o exercício da enfermagem, no artigo 8º alínea “p” diz que é de responsabilidade do enfermeiro participar na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do usuário nos diferentes níveis de atenção à saúde (COREN, 2015).

É imprescindível que os profissionais de saúde compreendam a importância de mudar a forma de atuação e ampliar o olhar para as necessidades que vão além do ambiente hospitalar. A realidade atual demonstra, segundo Machado (2007), que o modelo de atenção praticado ainda é fragmentado e desarticulado. Dentre os princípios do SUS a integralidade ainda é o menos visível nas práticas (MATTOS,

2004). Existe fragilidade e deficiência na comunicação, (PSAILA, 2014), a transição dos cuidados não é considerada parte integrante do processo de desospitalização, os resumos de alta que seguem com o usuário e quando seguem, contêm informações subjetivas e pouco consistentes que não contribuem para a elaboração de um plano de cuidados na atenção primária (KRIPALANI, 2015).

Os usuários, a família e a comunidade necessitam do olhar voltado para a continuidade dos cuidados, pois o impacto na ausência de ações que garantam a integralidade nos grupos vulneráveis é bastante significativo, principalmente dos idosos, pois esta categoria apresenta diversidade de patologias, fragilidades fisiológicas complexas, requerendo muitos cuidados (ECON, 2011).

Em Curitiba a rede de atenção à saúde cresceu de forma significativa nos últimos anos. A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba foi criada em 1986, por meio da Lei Municipal nº 6.817/1986 e já contava com o início da organização da rede. Em 1995 habilita-se à gestão Semi-plena do SUS e em 1998 habilita-se à Gestão Plena do sistema assumindo a regulação das ações em saúde ambulatoriais e hospitalares; controle, avaliação e auditoria de internamento hospitalar e alto custo. Várias estratégias foram articuladas e trabalhadas ao longo das duas últimas décadas, a fim de, contribuir para o alcance da integralidade do cuidado (CURITIBA, 2015).

A rede foi organizada, conforme descrita no cenário de estudo, de forma a oferecer ao usuário a assistência de que necessita. Programas, linhas de cuidado, tele-saúde na cardiologia e neurologia, protocolos clínicos e administrativos, serviço de atendimento domiciliar foram criados e implantados. Possui central de marcação de consultas especializadas, central de regulação médica, Centro de controle epidemiológico, sistema de informação, prontuário eletrônico e mecanismo de referência e contrarreferência (CURITIBA, 2015).

Muito embora o sistema de referência e contrarreferência existam, ainda não há mecanismos efetivos que sejam capazes de transmitir, de forma clara e direta, as informações consideradas necessárias para a continuidade dos cuidados, resultando em ações fragmentadas. Portanto, neste aspecto, o processo de desospitalização voltado para a continuidade do cuidado ainda necessita de intervenção.

O cenário assistencial requer mudanças, pois estamos diante de demandas humanas complexas e um novo perfil demográfico e epidemiológico. A queda da mortalidade infantil, redução da fecundidade, envelhecimento da população, aumento da violência urbana, novo perfil de morbidade e mortalidade, os recursos escassos e

defasados geram grande impacto no setor da saúde, bem como, o modelo tradicional de atendimento centrado na queixa-doença, já não dão conta de resolver todos os problemas de saúde da população (ECON, 2011; KERGOAT, 2010; NETO; MALIK, 2007).

Estima-se que 70% dos gastos do SUS são de natureza hospitalar, portanto este cenário nos mostra a necessidade refletir sobre as práticas assistenciais. Os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção, precisam se aproximar e experimentar novas formas de trabalho, trocando experiências e informações. É necessário que as equipes hospitalares compreendam o papel das unidades de saúde, ignorando o modelo assistencial centrado no intervencionismo e medicalização compreendendo que este modelo possibilita ainda acidentes iatrogênicos e conseqüentes aumento de custos, qualidade de vida e mais complicações. As unidades de saúde, por sua vez, devem mapear e monitorar melhor sua população, com ações pró-ativa e resolutivas realizando a continuidades dos cuidados (NETO; MALIK, 2007).

Considerando a complexidade das demandas humanas, mudanças no perfil epidemiológico e demográficos da população, recursos financeiros escassos, as reinternações hospitalares devido as complicações, a necessidade de continuidade dos cuidados, a importância da contrarreferência, a necessidade cada vez maior de mudanças do modelo assistencial e o enfermeiro como profissional “chave” na equipe de saúde, a questão norteadora deste estudo é: como os enfermeiros podem contribuir na contrarreferência para a continuidade do cuidado?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Propor estratégia de contrarreferência do Hospital para a atenção primária com a contribuição do “enfermeiro de ligação”.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Apresentar o projeto piloto de “enfermeira de ligação” na perspectiva dos enfermeiros que realizaram a contrarreferência;
- Descrever a proposta na perspectiva dos enfermeiros da atenção primária;
- Identificar o perfil dos usuários encaminhados das unidades de internação do hospital e da UPA para as unidades de saúde;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO COM ÊNFASE NA CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 196:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua recuperação". O Sistema Único de Saúde – SUS deve ser formado por um conjunto de ações e serviços integrados em forma de rede regionalizada e hierarquizada, organizado sobre um tripé de diretrizes que devem ser seguidas, sendo elas: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.080/90 capítulo II cita que as ações e serviços de saúde que integram o SUS devem ser desenvolvidas de acordo com as Diretrizes e os seguintes princípios:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis do sistema;

II - Integralidade de assistência, 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;

III - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

IV – Participação da comunidade;

V - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

VI – Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990).

Conforme o citado na Lei, a integralidade é a garantia de uma atenção efetiva e de qualidade, por meio das ações preventivas e curativas, individuais ou coletivas, a fim de que, sejam realizadas de modo a apresentar soluções e respostas adequadas às necessidades de saúde da população. As práticas de cuidado e gestão devem ser desenvolvidas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios

definidos. Portanto, é um importante mecanismo para assegurar que os serviços de saúde sejam ajustados às necessidades de saúde da população, impedindo a limitação das ações superficiais (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006; PAIM, 2009).

Muito embora a legislação tenha definido a integralidade do cuidado, apresentando-a como uma diretriz, é importante compreender o seu próprio significado: integral, integralizante, por ela mesma, que poderá revelar as necessidades individuais que se apresentam de várias formas tornando o cuidado complexo, e diante disso, as equipes de saúde devem estar atentas para o processo de saúde-doença-cuidado. Transformar as práticas em direção à integralidade significa realizar ações específicas para cada indivíduo, proporcionando uma relação direta e individualizada (MATTOS, 2004; PINHEIRO & MATTOS, 2005; ARCE & SOUZA, 2013).

Desde a sua concepção a integralidade foi sendo percebida de várias formas, adquirindo múltiplos sentidos, Mattos (2005) a reconheceem três conjuntos de sentidos: relacionado às características das políticas de saúde; aos aspectos organizacionais dos serviços de saúde e aos aspectos das práticas em saúde. O cuidado seria a unidade de análise de sua ação. Souza et al., (2013) compreendem a integralidade como o direito que o usuário tem de ser atendido em suas necessidades e que os serviços de saúde devem estar organizados para atendimento o integral. Este estudo compreende que a integralidade deve estar relacionada a necessidade de cuidar integralmente do indivíduo, desde a internação hospitalar, alta e domicílio com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Apesar de termos o conhecimento sobre as doenças e seus sofrimentos é preciso não reduzir o usuário a esses aspectos. É imperativo valorizarmos o modo de vida de cada pessoa, selecionando o que é fundamental para a elaboração de um projeto terapêutico. A integralidade deve ser reconhecida como eixo norteador das práticas nos diferentes contextos em que se aplica, a partir da visão ampla das necessidades em saúde, com ênfase no processo saúde-doença. Portanto, o fortalecimento da integralidade se dará quando o projeto terapêutico for direcionado para o usuário, ser individual e único (MATTOS, 2004; LIMA et al., 2012).

De acordo com Bonfada et al., (2012), para que as práticas do cuidado estejam firmadas sob o eixo da integralidade é determinante a superação de alguns desafios: avançar para um atendimento além daquele centrado na queixa-sofrimento, que promove assistência fragmentada, e aproximar os profissionais da saúde dos



diferentes níveis de atenção por meio de ações sustentáveis. No âmbito hospitalar é necessário romper a lógica da cura, promovendo espaços de discussões do fazer, utilizando-se de mecanismos como a referência e contrarreferência e com articulação entre os níveis de atenção.

Cecílio e Merhy (2003) ao refletir sobre a integralidade e as práticas para o cuidado as relacionam com a atenção integral que deveríamos oferecer à pessoa hospitalizada e que para isso seria necessário um esforço de toda a equipe para uma abordagem completa, holística, garantindo todas as tecnologias disponíveis: leve, leve-duras e duras<sup>1</sup>, até um ambiente confortável e seguro. Acrescenta ainda a importância de pensar a integralidade no contexto hospitalar sob dois aspectos: tendo como referência o atendimento e a inserção do hospital no sistema de saúde. O primeiro se relacionando com o resultado da soma de pequenos cuidados que vão se complementando, e o segundo se relacionando com a rede. Dessa forma, o cuidado atravessaria os diferentes serviços e sob esta ótica, podemos compreender o hospital como uma estação no circuito que cada pessoa necessita percorrer para obter a integralidade.

Compreender as pessoas entendendo que cada indivíduo tem uma maneira própria de viver os seus problemas de saúde, em todas as suas dimensões, significa exigir dos profissionais uma necessidade de reconhecer e responder as necessidades de saúde da pessoa, a abordagem de uma doença não corresponde somente as respostas técnicas, que são relativamente evidentes; implica na necessidade de articular ações exercitando uma prática efetiva de trabalho em equipe, com estratégias que favoreçam o diálogo, a troca de informações e experiências que venham contribuir para a qualidade do atendimento oferecido (STARFIELD, 2002; MACHADO et al., 2007).

Muitos foram os avanços do SUS ao longo dos últimos vinte anos, porém a integralidade ainda permanece fragmentada dentro do processo da atenção, sendo reconhecida como um grande desafio, por sua capacidade indivisível, pois está diretamente relacionada ao todo, ao completo, a soma de ações que devem assegurar a atenção plena (MACHADO et al., 2007; SOUZA; COSTA, 2010).

---

<sup>1</sup>Tecnologias duras: ligadas ao equipamento; tecnologias leve-duras: relacionadas ao uso de saberes estruturados; tecnologias leves: relacionadas a relação entre o profissional de saúde e o usuário.

Como diretriz básica do SUS.	<b>Brasil (1990)</b>
Importante mecanismo para assegurar que os serviços de saúde sejam ajustados às necessidades de saúde da população, impedindo a limitação das ações superficiais.	Starfield (2002)
Atenção integral através de uma abordagem holística, completa, portanto, integral.	Cecílio e Merhy (2003)
Refere-se a atributos desejáveis das políticas públicas de saúde organização dos serviços, às boas práticas dos profissionais de saúde e o cuidado como unidade de análise de sua ação.	Mattos (2005)
Um caminho a ser percorrido e que se encontra aberto devendo ser reconhecida por ela mesma, revelando seus sentidos diante das necessidades individuais de saúde.	Pinheiros et al., (2005)
A compreensão do usuário como sujeito histórico, social e político, inserido em um contexto familiar, meio ambiente e sociedade.	Machado et al., (2007)
Como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, devendo ser considerada em todos os níveis de atenção; como reflexo das ações dos profissionais segundo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; como garantia da continuidade da atenção nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde; como articulação de um conjunto de políticas públicas.	Giovanella et al., (2008)
Como direito que o usuário tem de ser atendido em suas necessidades.	Souza et al., (2010)

QUADRO 1 – RESUMO DOS DIFERENTES SENTIDOS DA INTEGRALIDADE.  
FONTE: O autor (2014).

Na perspectiva da continuidade dos cuidados, o foco principal é o usuário dentro do contexto do processo saúde-doença-cuidados. É necessário que as equipes de saúde compreendam este processo e sua dinâmica, devendo relacionar esses conceitos aos problemas e sofrimentos dos usuários (MILBRATH *et al.*, 2009; ARCE; SOUZA, 2013).

No que se refere ao usuário hospitalizado e que recebe alta hospitalar, é imperativo que os aspectos sobre a integralidade sejam considerados. Todos os profissionais da saúde envolvidos na terapêutica do usuário, devem desenvolver ações assistenciais que garantam a continuidade dos cuidados após a alta. Diante disso, o momento da alta deve fazer parte de todo o processo de tratamento da doença. O plano de alta deve conter o resumo do estado clínico, diagnóstico, história

clínica, data da internação, tratamento realizado no hospital, as orientações realizadas pela família, as condições do usuário no momento da alta, medicações utilizadas, procedimentos especiais e demais informações pertinentes, para a elaboração de plano terapêutico adequado para que a atenção primária à saúde possa conduzir o tratamentos, devendo uma cópia ser entregue ao usuário para que possa apresentar à equipe que irá recebê-lo (KRIPALANI, 2007).

Para o fortalecimento e avanços no processo de transição para a continuidade dos cuidados, as informações, bem como, os documentos utilizados devem ser reavaliados constantemente ou a medida que se desenvolve a expertise e a compreensão da importância das ações assistenciais (OLSEN, 2013). Portanto, a contribuição do hospital para o fortalecimento da integralidade se daria por meio de uma adequada contrarreferência, reconhecendo a alta como um momento de produzir continuidade do tratamento em outros serviços (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O sistema de referência e contrarreferência foi proposto como um mecanismo a fim de assegurar que o usuário, em um determinado nível de atenção, possa prosseguir o seu tratamento dentro do sistema de saúde sem perda de informações. Tal mecanismo só será efetivo se a rede estiver articulada, integrada, bem como, os profissionais de saúde que realizam o seu trabalho (FRATINI, 2008).

Esse mecanismo pode ser compreendido como o momento de transição dos cuidados de um nível de atenção para outro e requer estratégias que assegurem a continuidade dos cuidados, principalmente quando se tratar de usuários complexos. A transição realizada de forma adequada pode reduzir as reinternações hospitalares em casos que variaram de 30 dias a 12 meses. Para isso é importante que a atenção primária reavalie este usuário entre 48 a 72 horas após a alta (NAYLOR, 2011; PSAILA, 2014).

O processo de referência e contrarreferência requer mudança, tendo em vista, suas fragilidades, pois as equipes não estão integradas, e por isso, não há troca de informações nem experiências; os documentos de alta, quando existem, não contemplam as informações relevantes, as equipes não trocam informações e a família não está inserida neste processo. Estas ações impactam diretamente na qualidade dos cuidados e conseqüentemente, na qualidade de vida do usuário e seus familiares (BIXBY, 2009; KERGOAT, 2010; PSAILA, 2014; DONALD, 2015; COLLEMAN, 2015).

### 3.2 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS E ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO

A primeira ideia de rede apresentada ocorreu em 1920 pelo informe de Dawson, que teve como principal objetivo organizar os serviços de saúde. Nesta época já havia preocupação e a compreensão da necessidade de organizar o atendimento à saúde de modo a contemplar todas as demandas em saúde. Este informe apresenta uma estrutura funcional capaz de atender as necessidades dos cuidados da saúde da população da época, num determinado local em todos os seus aspectos, conforme demonstrado na FIGURA 1.

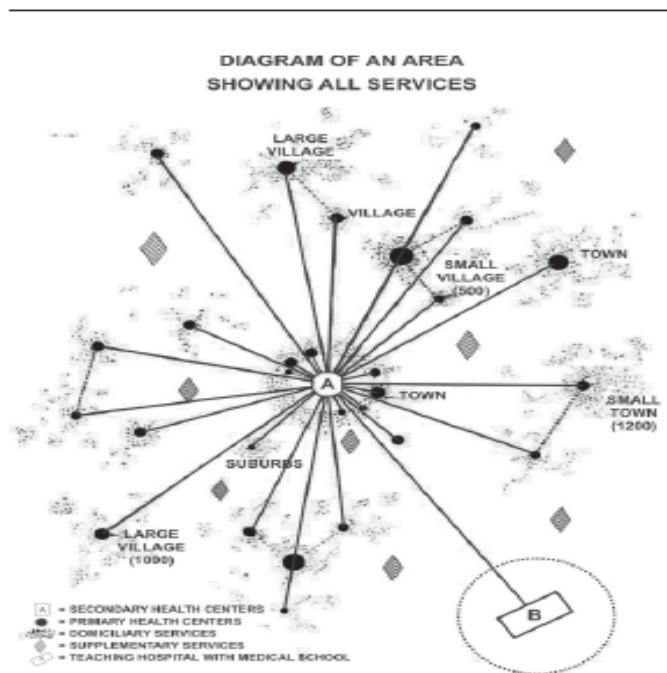


FIGURA 1 – DIAGRAMA DE DAWSON  
 FONTE: Organização Panamericana De La Salud (1964).

Este relatório foi de extrema abrangência e profundidade o que demonstra a preocupação em oferecer acesso e qualidade na atenção à saúde em todos os níveis de atenção (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964).

Atualmente o conceito de rede na área das políticas públicas do setor da saúde, tem sido utilizado para demonstrar uma ligação necessária dos serviços, garantindo que não fiquem isolados. Portanto, pode ser considerado como um arranjo

de diferentes pontos de atendimento, organizados para prestar o adequado atendimento à população, principalmente quando a demanda é grande e os recursos restritos. Os diferentes pontos de atenção à saúde apresentam objetivos e planejamentos comuns, funcionam de forma interdependente e não há hierarquia entre si, sendo considerados como serviços especializados, coordenados pela atenção primária, que deve ser a porta de entrada do sistema de saúde (PAIM, 2009; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Para o adequado funcionamento da rede é indispensável que ocorra integração entre os diferentes pontos de atenção, permitindo a comunicação e cuidados continuados em saúde, desta forma, garantindo a cobertura das necessidades individuais com responsabilidade e resolutividade fortalecendo a integralidade do cuidado.

Os elementos que constituem a rede são formados pela população que é a essência do sistema. A estrutura operacional pode ser compreendida como os nós da rede que constituem os diferentes pontos de atenção à saúde e sua governança. O modelo de atenção compreende a lógica do seu funcionamento (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Nessa perspectiva a integralidade da atenção está diretamente relacionada à integração da rede de serviços que prestam cuidados à pessoa, e das equipes envolvidas no atendimento. A Lei Orgânica de Saúde 8080, capítulo II, artigo 7, cita que “os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde, devem obedecer aos princípios citados no parágrafo XII, a integração das ações em saúde”. Desta forma, a integração do sistema e dos serviços de saúde demonstra uma perspectiva de cuidado em rede<sup>2</sup> como parte do conceito da integralidade, demonstrando a necessidade de articular diferentes práticas e conhecimentos (BRASIL, 1990; ARCE; SOUZA, 2013).

A integração é fundamental para que as ações de cuidados possam ter continuidade, necessitando ser compreendida e coordenada pela equipe, bem como, viabilizada a partir de políticas públicas, com a formação de um sistema de redes que não são simplesmente, um arranjo entre os diferentes sistemas, mas uma organização que busca aprofundar e estabelecer processos de cuidados estáveis (MENDES, 2011;

---

<sup>2</sup> O cuidado em rede é o ciclo completo de atendimento com início na atenção primária, secundária e terciária à saúde (MENDES, 2011).

ARCE; SOUZA, 2013).

Desta forma compreende-se que a integralidade do cuidado além de estar relacionada à integração dos serviços por meio de um sistema de rede, deve também estar relacionada com a organização dos processos de trabalho, seja ele no hospital ou na atenção primária à saúde, exercida a partir dos diversos campos de saberes e práticas, apoiada no comprometimento dos profissionais por meio de fluxos centrados no usuário facilitando o seu caminhar na rede (MERHY, 2003).

Entretanto, ainda há pouca relação entre o hospital e a atenção primária, pois, a rede de atenção à saúde vem sendo criada e remodelada de forma desarticulada com o restante do sistema. Os processos de trabalho necessitam de reorganização, seja na atenção primária ou em nível hospitalar com a constituição de vínculos sólidos entre as equipes de referência. Caberia a essas equipes a responsabilidade pela abordagem integral de cada caso em seu nível de competência. Em relação à alta hospitalar, esta, somente deveria ocorrer quando a transferência da pessoa sob cuidados a outra equipe localizada na atenção primária, fosse articulada para a efetiva continuidade do plano terapêutico (CAMPOS, 2007).

A permanência do usuário em uma instituição hospitalar deve ser o mais breve possível cabendo a Unidade de Saúde assumir a responsabilidade sobre o tratamento. Para isso, é fundamental que ocorra a transferência das informações consideradas relevantes para a qualidade da continuidade dos cuidados. Portanto, existe necessidade expressiva de se buscar mecanismos que promovam o sistema de contrarreferência, pois, se trata de um processo fundamental para a concretização do princípio da integralidade (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Entretanto, deve-se avançar no fortalecimento da rede de atenção à saúde, considerando a atenção primária a porta de entrada nos serviços de saúde, devendo ser compreendida como o centro das comunicações entre os diferentes pontos de atenção, buscando produzir ação integral, coordenando a integralidade em seus vários aspectos; FRATINI et al., 2008; BRASIL, 2011).

Fratini et al. (2008) em seu estudo denominado altas especiais, cujos usuários foram encaminhados para as unidades de saúde por meio de formulários específicos e cujos dados subsidiaram as equipes das unidades na continuidade da assistência, relatam uma exitosa experiência, pois constatou-se a humanização no atendimento, o vínculo entre equipe, família e usuário, redução do tempo de internação e da exposição de complicações, bem como, a disponibilização de leitos com redução de

custos hospitalares.

Alguns padrões de políticas e de gestão comprometem a continuidade das ações e revelam a dificuldade de implantação de novos processos de trabalho resultando na inércia do cotidiano das organizações de saúde impedindo a consolidação das iniciativas inovadoras. Garantir acesso oportuno, resolutivo e organizado ainda é um desafio a ser vencido (CAMPOS et al.,2012).

Em Curitiba a rede de atenção à saúde vem se organizando e se modelando a partir das necessidades reais identificadas. Atualmente conta com serviços próprios e contratados. A FIGURA 2 apresenta o crescimento da rede no município e a FIGURAS 3 a composição da rede nos dias atuais.

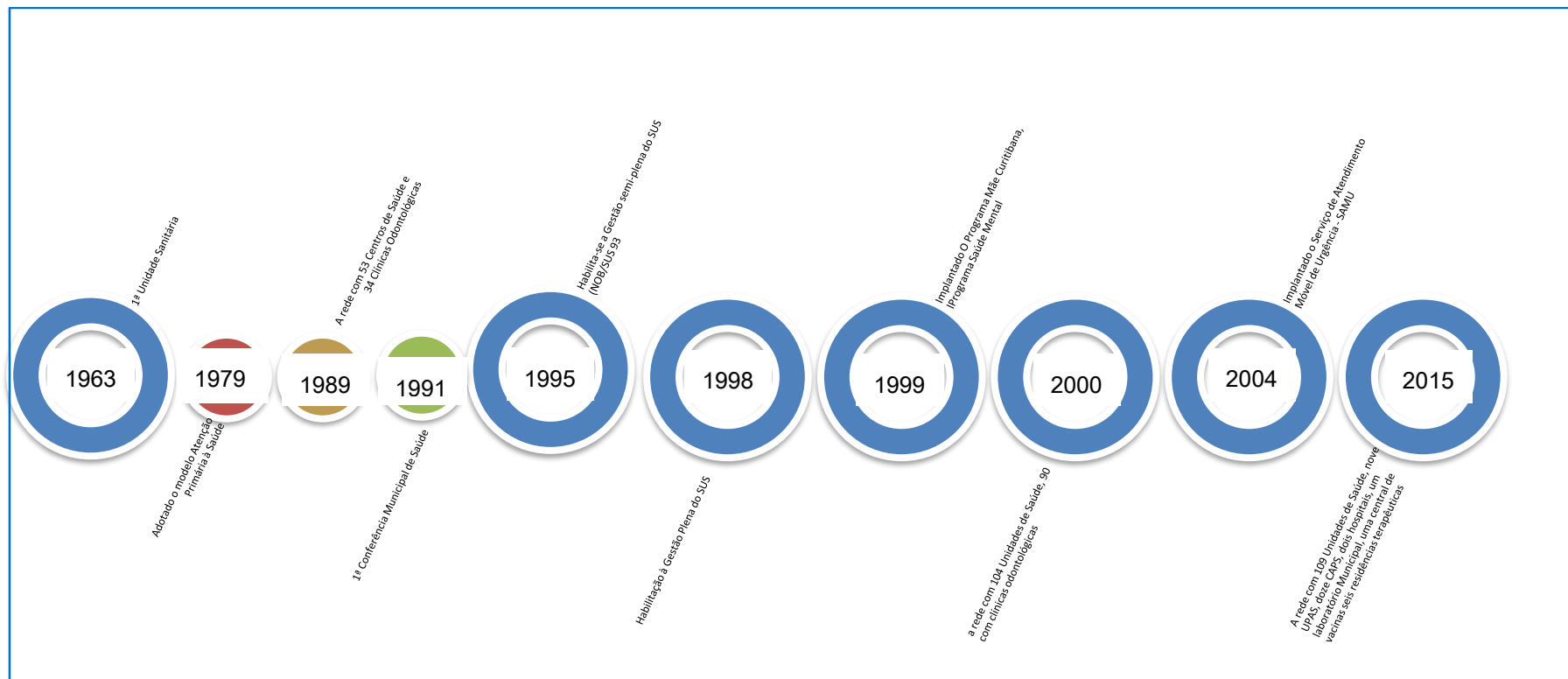


FIGURA 2 – CRESCIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CURITIBA  
 FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA (2015)



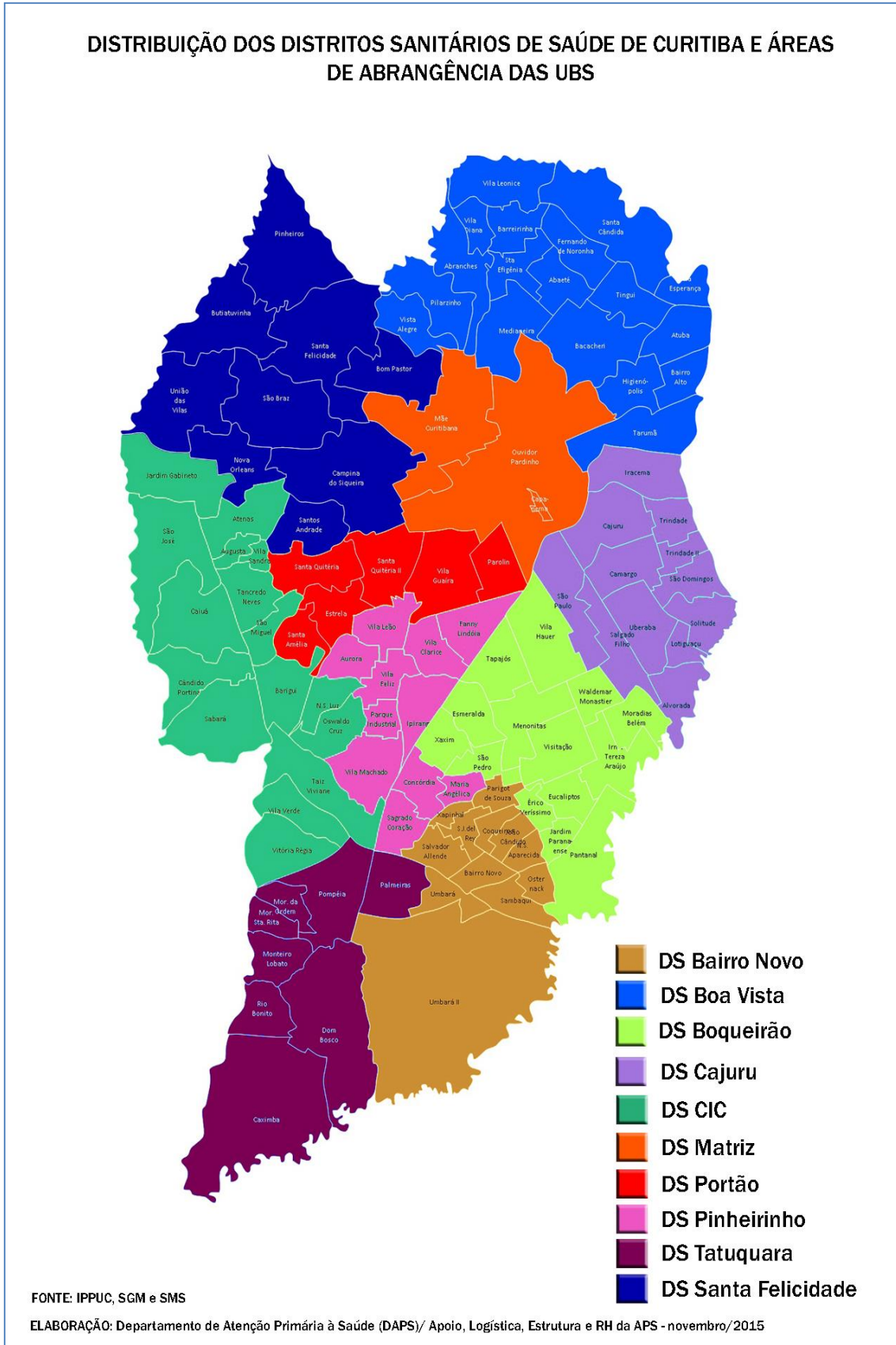


FIGURA 3–MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA E SEUS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO SUS  
 FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA (2015).

### 3.3 ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO COM ÊNFASE NA CONTINUIDADE DO CUIDADO E ALTA QUALIFICADA

A construção de um novo modelo de atenção à saúde e a implantação do SUS, exigiu dos profissionais de saúde novas competências assistenciais e gerenciais, onde as ações devem ser planejadas em conjunto com as demais profissões da área da saúde envolvidas no cuidado, a fim de que seja possível a abordagem integral do ser humano. Para isso, a formação do enfermeiro deve estar voltada para uma formação generalista com desenvolvimento de competências e habilidades que possibilite ao profissional tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, sendo estes, atributos indispensáveis para atender todas as ações constantes nas diretrizes do SUS (BRASIL, 2001; LOURENÇÃO; BENITO, 2008).

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Educação – Câmara de Educação Superior - CNE/CES nº 3 de 2001, no seu artigo 5º, parágrafo VI:

O profissional enfermeiro deve reconhecer a saúde como direito, atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, 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 e o parágrafo XIII aponta a necessidade do profissional enfermeiro ser capaz de Intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência (BRASIL, 2001, p. 2 e 3).

Conforme a Lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498 de 25 de junho de 1986:

O enfermeiro deve planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem, cabendo-lhe ainda, prescrever a assistência de enfermagem e prestar cuidados de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos com capacidade de tomada de decisão imediatos” (BRASIL, 1986).

De acordo com o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem Resolução 311/2007 dos princípios fundamentais:

O profissional de Enfermagem participa, como parte integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais que garantam universalidade de acesso aos serviços de saúde,

integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização política administrativo dos serviços de saúde. O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões (CORENPR, 2015, p. 29).

Para a atuação o profissional deve ser técnico-reflexivo e voltado para o aprofundamento das ações do SUS. Formar profissionais para a diversidade de áreas e práticas com ênfase no SUS é um grande desafio para o processo de construção do conhecimento, devido a sua ampla abrangência. É necessária uma compreensão mais ampla do conceito saúde a fim de atingir a integralidade do cuidado (CORBELLINI et al., 2009; CANEVER et al., 2012).

Santos et al. (2003), identificam o enfermeiro em oito ações diretamente ligadas ao seu processo de trabalho independentemente do seu local de atuação: gerenciamento do cuidado em seu campo de trabalho, responsabilidade de dimensionar a equipe de trabalho, exercer a liderança, planejar a assistência de enfermagem, capacitar a equipe de enfermagem, gerenciar os recursos materiais, coordenar o processo de realização do cuidado, realizar o cuidado e os procedimentos mais complexos e avaliar os resultados das ações de enfermagem.

Na atenção hospitalar é o enfermeiro que gerencia e coordena todas as ações relacionadas à assistência ao usuário, desde sua entrada no ambiente hospitalar até sua alta. Essa posição requer eficiência, atitude ativa, resolutiva, reflexiva e um comportamento positivo diante dos desafios diários. Seu foco principal é a necessidade/cuidado que se apresenta naquele momento, considerando ainda, o nível de complexidade assistencial. Além disso, como parte integrante das responsabilidades profissionais, deve coordenar equipes de enfermagem, prescrever os cuidados, organizar os processos de trabalho. Tudo isso faz com que o enfermeiro seja considerado como ponto de ligação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde. Portanto, os enfermeiros devem se reorganizar dentro do seu espaço de atuação, promovendo mudanças necesssárias para a sua evolução, criando maior visibilidade das suas práticas (BARBOSA et al.,2007; MASSARO; CHAVES, 2009; KALINOWSKI et al.,2012).

No que se refere à atenção primária o enfermeiro está voltado para as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação, com oportunidade de utilizar seu saber clínico e epidemiológico na prática assistencial, porém, as atividades administrativas também fazem parte das suas responsabilidades e por este motivo, apresentam

dificuldades para realizar as articulações necessárias para a continuidade do cuidado (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica cita que as ações do enfermeiro devem estar direcionadas, principalmente, para a realização de assistência integral (promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção à saúde), aos indivíduos quando indicado ou necessário em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2006).

Para Silva e Sena (2005), muitas são as tarefas de responsabilidade do enfermeiro, porém, existe uma importante questão a ser considerada na sua atuação, todas as necessidades de saúde do ser humano. Isso requer um profissional aberto para novas práticas e as necessidades do ser humano devem ser compreendidas como demandas que podem ser traduzidas em trabalho de enfermagem, denominados como cuidado, que deve ser realizado no momento que ele se apresenta, tornando o profissional enfermeiro um agente de extrema importância para a oferta de um cuidado integral (BENITO et al., 2012).

Diante das múltiplas ações que norteiam o papel do enfermeiro ele é considerado como um profissional “chave” diferenciado devido a seus conhecimentos técnicos e habilidades holísticas. Desempenham em suas práticas um contato direto com situações que o levam a agir também como um agente político em busca de mudanças necessárias à evolução profissional. As necessidades atualmente apresentadas pela população, exigem novas práticas que precisam ser testadas e analisadas. É de fundamental importância o cuidado continuado, por meio da identificação das necessidades individuais, planejamento de ações específicas, tanto no âmbito hospitalar como na atenção primária com foco na continuidade dos cuidados. Essas são ações que podem ser realizadas pelo enfermeiro, denominando este, como enfermeiro de ligação (BERNARDINO et al., 2010; VENTURA et al., 2012).

O termo enfermeira de ligação surgiu em Montreal nos anos 60, como uma extensão dos serviços hospitalares com o objetivo de reduzir o tempo de internação. Foi uma estratégia utilizada para a identificação da clientela a ser assistido-cuidada em domicílio e o estabelecimento de um sistema de ligação extra-hospitalar. Especificamente, a enfermeira de ligação é a profissional indicada para estabelecer a comunicação com o usuário, identificar suas necessidades e capacidades, assegurar a colaboração de familiares após o regresso ao domicílio; estabelecer com as equipes da instituição hospitalar e extra-hospitalar meios de auxílio à convalescença e manutenção dos cuidados ambulatoriais e em domicílio. (POULIN, 2006, *apud* BERNARDINO et al., 2010, p.).

Diante disso, a enfermeira de ligação vem colaborar para a aproximação dos serviços e do fluxo de informações, contribuindo para que as ações de saúde estejam voltadas às dimensões individuais e coletivas que envolvem a assistência integral nos diferentes níveis de atenção. A troca de saberes entre os profissionais seria uma linha de comunicação integrativa colaborando na consolidação dos saberes (BERNARDINO et al., 2010).

Lerman (2011) realizou um estudo na perspectiva de avaliar a atuação da enfermeira de ligação entre as equipes cirúrgicas e os familiares dos usuários que se encontravam em procedimentos cirúrgicos. O estudo revelou, que naquela unidade a enfermeira de ligação tem papel fundamental, visto o estresse relacionado ao procedimento cirúrgico, bem como, suas incertezas. Este profissional atualiza os acompanhantes de hora em hora quanto ao procedimento e sua evolução. Essas ações, aparentemente simples, causaram um impacto positivo, pois fortaleceram o vínculo e tranquilizaram os familiares que aguardavam a finalização da cirurgia.

Tabanejab (2014) também analisou a atuação do enfermeiro de ligação na transferência dos usuários da unidade de terapia intensiva para as unidades de internação de baixa complexidade. O estudo demonstrou que houve redução da ansiedade por parte dos familiares e usuário, melhor planejamento dos cuidados pelos enfermeiros que receberam os usuários e melhor desenvolvimento da rotina pela equipe de enfermagem.

## 4 MÉTODO

Neste capítulo, é apresentada a trajetória metodológica percorrida para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, discorre-se sobre: o tipo de pesquisa, cenário, participantes, coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção, de caráter exploratório e de abordagem qualitativa.

As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais evidente com o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002).

A abordagem qualitativa implica em dar ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e seus significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidades, volume, intensidade ou frequência (DENSIN, 2003).

A pesquisa de intervenção, conforme Tobar e Yalour (2004) têm por objetivo interferir na realidade a ser estudada a fim de modificá-la, não se limitando em dar somente explicações, objetivando resolver o problema efetivamente e participativamente.

Para este estudo optou-se por este método de pesquisa, tendo em vista, que somente uma intervenção poderia expor a realidade da prática profissional das enfermeiras implicadas e usuárise pois este conhecimento é essencial para fornecer subsídios para uma tomada de decisão no sentido a adoção, pelos gestores, de uma estratégia de contrarreferência do hospital para a atenção primária.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Município de Curitiba que possui uma rede de

serviços composta por equipamentos próprios de saúde e serviços contratados (CURITIBA, 2013).

Esta composição está organizada e dividida em dez distritos sanitários, 109 unidades básicas de saúde, destas, 66 são unidades ESF – estratégia de saúde da família, doze CAPS – centros de atenção psicossocial, duas unidades de saúde com especialidades, nove unidades de pronto atendimento, dois centros de especialidades odontológicas, dois hospitais municipais, um laboratório de análises clínicas, uma central de vacinas, seis residências terapêuticas, um centro de zoonoses e 67 espaços saúde. Conta ainda com uma rede de serviços especializados contratados composto por 55 clínicas especializadas, 25 hospitais, 23 policlínicas, 42 serviços de apoio diagnósticos e 4.926 leitos hospitalares, destes, 316 leitos de UTI – unidade de terapia intensiva (CURITIBA, 2015).

O local escolhido para o estudo foi um hospital de ensino da cidade de Curitiba, contratualizado pelo SUS, e em uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.

As unidades de internação do hospital selecionadas para a execução da pesquisa foram: clínica médica feminina, clínica médica masculina, cirurgia geral e do aparelho digestivo - CAD, neurologia clínica, ortopedia, urologia, centro de terapia semi-intensiva - CTSI. Estas unidades foram escolhidas porque internam usuários com doenças crônicas agudizadas e doenças agudas cujos usuários necessitam de acompanhamento pós-alta em unidades de saúde e porque os enfermeiros aceitaram assumir, durante toda a execução do projeto, a função de enfermeiros de ligação.

Foi escolhida uma única UPA, do total de nove UPAs do município. A UPA foi incluída porque tem como uma de suas funções estabilizar usuários crônicos em fase de agudização e acolher usuário em fase aguda, os quais também precisam retornar para as unidades de saúde para continuação do tratamento. Foi escolhida uma apenas, porque este é um projeto piloto. Esta UPA foi escolhida de forma particular porque os enfermeiros que ali trabalham se comprometeram a assumir, durante toda a execução do projeto, a função de enfermeiros de ligação.

As unidades de saúde participantes foram 23 das 109 que o município possui, não foram escolhidas, mas foram incluídas porque receberam os usuários contrarreferenciados pelas unidades de internação do hospital e da UPA.

### 4.3 PARTICIPANTES

Todos os participantes concordaram em participar voluntariamente desta intervenção mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICES 1). O número total de enfermeiros participantes foi 53 entre hospital e UPA e 43 usuários, totalizando 96 participantes da pesquisa, conforme descrito no QUADRO 2.



	Participantes	Forma de recrutamento	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
<b>Participantes da pesquisa de intervenção</b>	12 enfermeiros das unidades de internação do hospital  Sete enfermeiros da UPA.	Pessoalmente pelo pesquisador.	Ser enfermeiro assistencial; Aceitar assumir a função de “enfermeiro de ligação” durante o período de coleta de dados; Aceitar a participar voluntariamente da pesquisa de acordo com o TCLE.	Estar de férias ou licença, no período da coleta de dados.
	34 enfermeiros das unidades básicas de saúde.	Contato telefônico. Pessoalmente pelo pesquisador.	Ser enfermeiro das unidades básicas de saúde; Aceitar participar voluntariamente da pesquisa de acordo com o TCLE.	Estar de férias ou licença, no período da coleta de dados.
	43 usuários	Os usuários foram selecionados pelos próprios enfermeiros por meio da identificação da necessidade de continuidade dos cuidados.	Ser domiciliados no município de Curitiba; Apresentar necessidade de continuidade de cuidados pós-alta, na unidade de saúde o qual está vinculada, conforme a avaliação dos enfermeiros.	Usuários domiciliados na região metropolitana de Curitiba.

QUADRO 2 – QUADRO SÍNTESE DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA  
FONTE: O autor (2015)

#### 4.4 PERCURSO METODOLÓGICO – A INTERVENÇÃO

A intervenção foi a implantação de um projeto piloto. Neste projeto os enfermeiros assistenciais aceitaram assumir provisoriamente a função de “enfermeiro de ligação”<sup>3</sup> no hospital e naUPA, sendo desenvolvido em três etapas sequenciais: etapa I planejamento da intervenção; etapa II intervenção, etapa III avaliação da intervenção - resultados da pesquisa.

##### 4.4.1 Etapa I: Planejamento da intervenção

Nesta etapa foi realizado o planejamento da intervenção. Inicialmente foi feito o contato com as chefias das unidades de internação, com as enfermeiras assistenciais, elaboração do fluxo e dos documentos para a operacionalização da contrarreferência e a confecção de cartaz com o mapa de Curitiba e seus equipamentos de saúde, para que fosse fixado nas unidades participantes, conforme detalhado no QUADRO 3.

---

<sup>3</sup>Neste Projeto “Enfermeira de ligação”é o nome dado a enfermeira que está realizando a contrarreferência, podendo ser utilizado outras definições conforme o serviço. Será usado no feminino.

	Ação	Agente	Período	Forma de contato	Local	Motivo
1	Contato com as chefias das unidades de internação	Pesquisadora	Fevereiro/2/015	Pessoalmente	Hospital UPA	Apresentação do projeto
2	Contato com as enfermeiras	Pesquisadora	Fevereiro/2015	Pessoalmente	Hospital UPA	Apresentação inicial do projeto
3	Elaboração dos documentos e do fluxo da contrarreferência.	Pesquisadora	Fevereiro/2015	Não se aplica	Não aplica se	Para a intervenção
4	Utilização do formulário: plano de alta validado (ANEXO).	Pesquisadora	Fevereiro/2015	Não se aplica	Não aplica se	Para o planejamento da alta.

QUADRO 3 –QUADRO SÍNTESE ETAPA I – PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

FONTE: O autor (2015)

Os instrumentos elaborados nesta etapa, para o desenvolvimento da pesquisa foram:

- Fluxo da contrarreferência (FIGURA 4);
- Instrumento para a contrarreferência (APENDICE 2);
- *Banner* com o mapa de Curitiba e seus equipamentos de saúde, total de seis (FIGURA 3),
- Planilhas contendo o telefone de todas as unidades de saúde do município de Curitiba e dos seus responsáveis, dividida por Distrito Sanitário - DS, totalizando nove planilhas: DS BOA VISTA, DS MATRIZ, DS BAIRRO NOVO, DS BOQUEIRÃO, DS CAJURÚ, DS CIDADE INDUSTRIAL, DS SANTA FELICIDADE, DS PORTÃO, e DS PINHEIRINHO.
- Instrumento de coleta de dados para os enfermeiros do hospital e da UPA, participantes da pesquisa (APÊNDICE 3)
- Instrumento de coleta de dados para os enfermeiros das unidades básicas participantes do estudo (APÊNDICE 4).
- Foi utilizado o formulário de alta programada, validado por Molteni, 2011 (ANEXO).

Foi montado um conjunto de documentos para os enfermeiros participantes do estudo, com os seguintes instrumentos: formulário de alta programada, formulário de contrarreferência, fluxo da contrarreferência, planilha contendo o nome da chefia da unidade de saúde, endereço, telefone e *e-mail*, dos nove DS, a fim de, fornecer as informações necessárias para a identificação da unidade e realização do contato para a transição do cuidado, bem como, para a realização da contrarreferência.

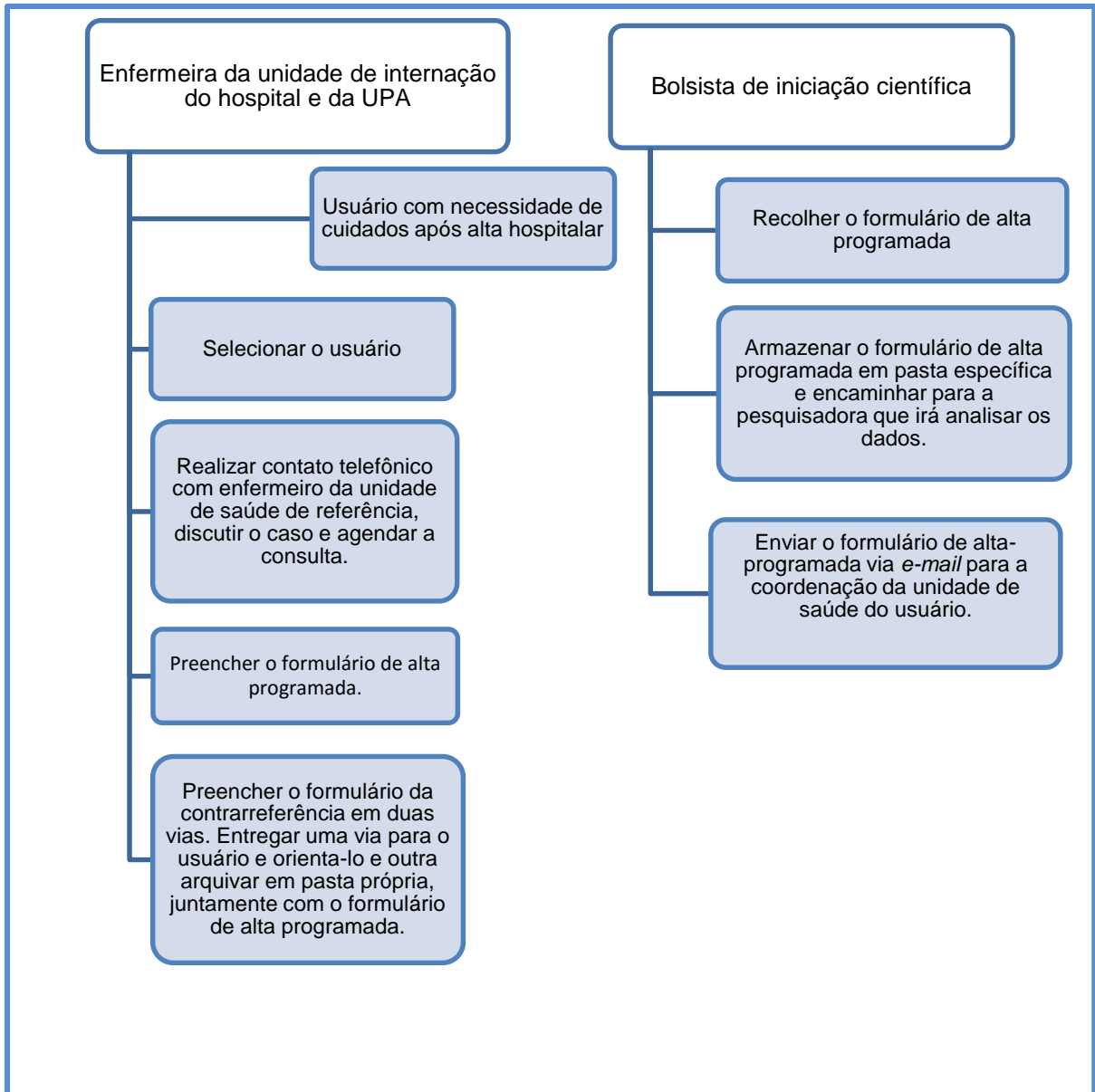


FIGURA 4-FLUXO DE CONTRARREFERÊNCIA ELABORADO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PILOTO.

FONTE: O autor (2015)

#### 4.4.2 Etapa II: A implantação do projeto piloto

Nesta etapa foi realizada a intervenção nas unidades de internação selecionadas para o estudo. A implantação teve início em março de 2015 sendo finalizada em julho de 2015. Foi planejado a realização de um encontro no hospital e de outro na UPA com os enfermeiros participantes, para a avaliação e ajuste do processo – grupo focal, conforme detalhado no QUADRO 4. A FIGURA 4 apresenta o fluxo da contrarreferência elaborado e proposto para a realização deste processo de trabalho pela “enfermeira de ligação” no período da coleta de dados.

	Ação	Agente	Forma de contato	Período	Local	Tempo de apresentação	Motivo
1	Apresentação do projeto para os enfermeiros do hospital e da UPA, em power point.	Pesquisadora	Pessoalmente	Março 2015	Hospital e UPA	Reunião previamente agendada conforme disponibilidade dos enfermeiros com duração de 40 minutos.	Detalhamento do fluxo; Orientações sobre o monitoramento; Orientações quanto o grupo focala ser realizado após um mês da implantação; Entrega do kit; Fixação do banner nos locais indicados pelos enfermeiros. Assinatura no TCLE.
2	Apresentação do projeto	Pesquisadora	Pessoalmente para a solicitação de pauta a ser incluída conforme disponibilidade do Secretário Municipal de Saúde	Março 2015	Sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.  Colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde	Duração de 30 minutos com 15 minutos para discussão.	Para conhecimento dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde, da realização do projeto de intervenção.

3	<p>Apresentação do projeto para nove Distritos Sanitários.</p> <p>Foram realizadas nove apresentações em datas diferentes, conforme agenda dos distritos sanitários.</p>	Pesquisadora	Pessoalmente para a solicitação de pauta a ser incluída conforme disponibilidade dos gestores distritais.	Março 2015	<p>Sala de reunião dos Distritos Sanitários.</p> <p>Colegiado gestor distrital</p>	Duração de 30 minutos com 15 minutos para discussão.	Para conhecimentos dos gestores locais da realização do projeto de intervenção e para inclusão na pauta das unidades de saúde, para conhecimento dos enfermeiros assistenciais.
4	Grupo focal com as enfermeiras assistenciais participantes	Pesquisadora e bolsista de iniciação científica	Reunião gravada e transcrita na íntegra.	Abril/2015	Hospital e UPA	Previamente agendada com duração de 40 minutos.	Para avaliar o fluxo e realizar ajustes necessários, identificar as facilidades e dificuldades dos enfermeiros.
5	Monitoramento das altas	Pesquisadora	Pessoalmente	De março 2015 a julho /2015.	Hospital e UPA	Duas vezes na semana. Na terça e quinta-feira. Pela manhã.	Monitoramento e orientações



6	Recolhimento dos formulários de contrarreferência/altas realizadas	Pesquisadora e Bolsista de iniciação científica	Pessoalmente	De março 2015 a julho/2015	Hospital e UPA	Duas vezes na semana. Na segunda e sexta-feira pela manhã	Para análise dos dados
---	--	---	--------------	----------------------------	----------------	---	------------------------

QUADRO 4 – QUADRO SÍNTESE ETAPA II – A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO PILOTO  
 FONTE: O autor (2015)

#### 4.4.3 Etapa III – Avaliação da Intervenção – coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período da implantação do projeto piloto que foi de março a julho de 2015, dividido em quatro fases. A primeira fase teve como objetivo, avaliar o processo de trabalho proposto e ajustar o fluxo, se fosse necessário. Para esta coleta de dados foi realizado um grupo focal com os doze enfermeiros do hospital e um grupo com os sete enfermeiros da UPA. Esta técnica está baseada na formação de grupos de 5 a 15 pessoas, cujas as opiniões e experiências são solicitadas gerando muito diálogo entre os participantes e desta forma se obtém as informações necessárias para a tomada de decisões (POLIT, 2004). Foi utilizada esta técnica, porque nesta etapa era preciso conhecer a opinião e as sugestões dos enfermeiros nesta fase da implantação. A questão disparadora da discussão foi a seguinte: Após um mês da implantação do projeto piloto qual a avaliação de vocês deste processo? As informações obtidas neste grupo focal foram gravadas e transcritas na íntegra para análise posterior e o fluxo ajustado, conforme solicitação do grupo.

A segunda fase da coleta de dados foi a avaliação dos enfermeiros do hospital e da UPA que realizaram a contrarreferência para as unidades de saúde e vivenciaram esta experiência. Para esta coleta de dados foi utilizado questionário contendo cinco questões abertas, elaborado para este estudo (APÊNDICE 3). O questionário como instrumento de coleta de dados requer menos tempo para aplicação, oferece a possibilidade de anonimato e garante não haver tendenciosidade nas respostas (POLIT, 2004). Foi utilizado este instrumento pela dificuldade em reunir os enfermeiros para o grupo focal devido suas demandas de trabalho.

Participaram desta coleta de dados cinco enfermeiros do hospital e sete enfermeiros da UPA, totalizando doze enfermeiros, pois, nem todos os enfermeiros participantes do hospital conseguiram realizar a contrarreferência, por diferentes motivos, conforme detalhado no capítulo da discussão.

A terceira fase da coleta de dados foi a avaliação dos enfermeiros das unidades de saúde que receberam os pacientes contrarreferenciados pelos enfermeiros do hospital e da UPA, “enfermeira de ligação”. Para esta coleta de dados foi utilizado questionário contendo dez questões abertas, elaborado para este estudo (APÊNDICE 4). Participaram desta coleta de dados 26 enfermeiros das unidades de

saúde dos 34 que receberam usuários contrarreferenciados, pois, oito enfermeiros foram excluídos, conforme detalhado no capítulo dos resultados.

A quarta fase da coleta de dados foi a análise documental dos formulários de contrarreferência elaborado para este estudo (APÊNDICE 2), visto que, continham informações importantes acerca da situação de doença e necessidade de continuidade dos cuidados dos usuários que foram contrarreferenciados que possibilitou avaliar o perfil destes usuários. O número de usuários contrarreferenciados pela “enfermeira de ligação” foi de 43.

Todos os dados da etapa III serão apresentados detalhadamente no capítulo resultados. Embora o projeto tenha três objetivos a avaliação para ajuste do processo também é apresentada nos resultados por ter sido uma etapa importante para a continuidade da intervenção.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

Embora a coleta tenha sido feita com várias técnicas, a análise de todos os dados seguiu a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, 2011.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, organizada em fases em torno de três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

A pré-análise é constituída de três momentos: a escolha dos documentos, formulação de hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores para a fundamentação da interpretação final. A exploração do material consiste em operações de codificação ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. O tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, são tratados de maneira a serem significativos e válidos (BARDIN, 2011).

Neste estudo a pré-análise, exploração do material e a interpretação foram realizadas por pares com experiência em análise de conteúdo. Foram feitas três cópias dos questionários e entregue para cada um dos três enfermeiros. Os dados foram analisados individualmente ocorrendo dois encontros para o consenso dos resultados, a fim de, garantir maior confiabilidade dos dados e garantir que todos tiveram a mesma interpretação (QUADRO 5).

	Objetivos	Participantes	Coleta de dados	Análise
Objetivo 1	Avaliar o projeto piloto de “enfermeira de ligação” na perspectiva dos enfermeiros que realizaram a contrarreferência;	Enfermeiros hospital e UPA	Grupo focal previamente agendado com duração de 40 minutos;  Foi realizado um grupo focal na UPA e um no hospital.  Questionário com questões abertas.	Análise de conteúdo
Objetivo 2	Avaliar a proposta na perspectiva dos enfermeiros da atenção primária;	Enfermeiros das unidades básicas de saúde	Aplicação de questionário com questões abertas em data e horário previamente agendado.	Análise de conteúdo
Objetivo 3	Identificar o perfil dos usuários encaminhados das unidades de internação do hospital e da UPA para as unidades de saúde;	43 usuários contrarreferenciados	Análise documental – formulário de contrarreferência.	Análise de conteúdo

QUADRO 5 - QUADRO SÍNTESE DOS OBJETIVOS, COLETA DE DADOS, ANÁLISE DOS DADOS E PARTICIPANTES  
 FONTE: O autor (2014)

## 6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foram considerados todos os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta Resolução incorpora os quatro princípios básicos da bioética, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos da pesquisa e do Estado (BRASIL, 2012).

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS) CAAE Nº 36975914.5.0000.0102. Foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, registrado sob o nº CAAE 36975914.5.3002.0101.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa com um TCLE (APÊNDICES 1), de acordo com as exigências do CNS. O termo foi elaborado com linguagem acessível esclarecendo os objetivos e procedimentos a serem utilizados na pesquisa, da inexistência de riscos, da liberdade do sujeito em recusar sua participação na pesquisa ou em retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, e da garantia de confidencialidade e privacidade dos participantes.

## 7 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados de acordo com os objetivos propostos. Inicialmente será apresentado o perfil dos enfermeiros participantes da intervenção.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO

Dos 53 enfermeiros participantes, 8 foram excluídos de acordo com os critérios pré-estabelecidos, permanecendo 45 para a realização da intervenção. Para estes profissionais, foram consideradas as variáveis idade, sexo, tempo de formação acadêmica, qualificação profissional.

TABELA 1 – CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA, GÊNERO, TEMPO DE FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO

IDADE N (45)	SEXO N (45)	TEMPO DE FORMAÇÃO N (45)	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL N (45)
51 – 60-	4	M 1 >20 anos	5 Possui mestrado 4
41 – 50-	12	F 44 10 -19 Anos	25 > uma especialização 19
31 – 40-	24	<10 anos	15 Uma especialização 15
21 – 30-	5		Não possui especialização 7
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>45</b>

FONTE: o autor (2015).

## 7.2 AVALIAÇÃO DO PROJETO PILOTO “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO” NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS QUE REALIZARAM A CONTRARREFERÊNCIA

O projeto piloto “enfermeira de ligação” foi implantado conforme delineado inicialmente, porém, após um mês da implantação, foi realizado um grupo focal com as enfermeiras do hospital e da UPA, para avaliar o processo de trabalho e ajustar o fluxo se necessário, conforme previsto.

A pedido dos enfermeiros foi ajustado o fluxo da contrarreferência com a exclusão do formulário de alta programada, por conter muitas informações a serem preenchidas, não sendo possível a sua realização devido à grande demanda de trabalho. Foram aceitas algumas sugestões dos enfermeiros, a fim de, facilitar o processo de trabalho, sendo incluída a folha de rosto do prontuário do usuário e o resumo de alta, para serem anexados no formulário de contrarreferência. Mesmo com a realização do grupo focal, os enfermeiros participantes, puderam contar com apoio dos pesquisadores em possíveis dúvidas.

O QUADRO 6 apresenta o resultado da discussão realizada no grupo focal e está dividido em: facilidades, dificuldades e sugestões, e a FIGURA 5 apresenta o fluxo da contrarreferência com as alterações propostas pelos enfermeiros no grupo focal.



	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Exemplos</b>
Dificuldades	Usuários que não se enquadravam nos critérios.	Não moradores de Curitiba.  Encaminhados para outras Instituições	Enfermeira E... <i>tivemos mais pacientes que se enquadravam, mas eram de fora, da região metropolitana...</i>  Enfermeira H... <i>o que atrapalhou, eu acho, é que recebemos muitos pacientes da região metropolitana...</i>
	Formulário de alta programada muito extenso		Enfermeira B... <i>A dificuldade está mesmo no instrumento, que está muito longo...</i>  Enfermeira A... <i>O instrumento é longo que demanda tempo dos enfermeiros para preencher...</i>
	Pouca rotatividade		Enfermeira A... <i>as vezes tem pouca rotatividade...</i>
	Falta de tempo das enfermeiras		Enfermeira G... <i>O a demanda aqui é grande, não dou conta de fazer os curativos que a gente tem, a gente vai priorizando...</i>
Facilidades	Contato telefônico		Enfermeira B... <i>o contato pelo telefone com as unidades de saúde está bem tranquilo...</i>
Sugestões	Padronizar os documentos	Imprimir o resumo de alta do usuário, prontuário; Imprimir a folha de rosto do usuário, prontuário; Colar etiqueta do usuário;	Enfermeira A... <i>usar esse de contrarreferência, anexa a folha de rosto o resumo e manda...</i>

	Fotocopiar o instrumento de contrarreferência.	
Mais profissionais ou profissionais exclusivos		<p>Enfermeira M <i>...falta tempo para dar atenção ao paciente que tá indo de alta.</i></p> <p>Enfermeira G <i>...sozinha não dá, teria que ter mais profissionais, a gente tem que dar conta de tudo, absolutamente tudo.</i></p>
Sensibilizar para isso entrar na rotina.		<p>Enfermeira I <i>...precisamos rever nosso foco, porque isso não é rotina. Porque a partir do momento que entrar na rotina a gente acabaria fazendo...</i></p> <p>Enfermeira K .... <i>Nós precisamos de sensibilização...ela não está elencada como prioridade...</i></p>

QUADRO SÍNTESE DO AJUSTE DO FLUXO DURANTE O PROCESSO  
or (2015)

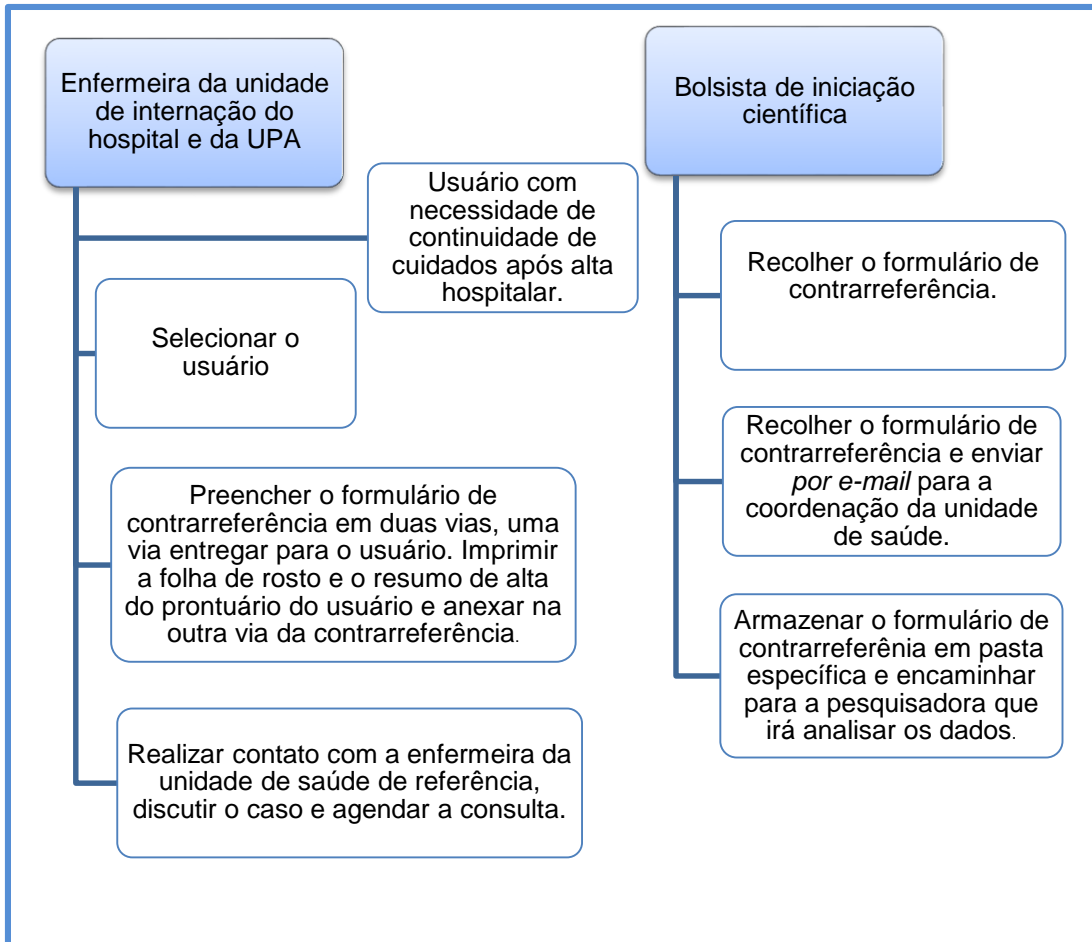


FIGURA 5 - FLUXO DE CONTRARREFERÊNCIA – ALTERAÇÕES APÓS GRUPO FOCAL

FONTE: O autor (2015)

Após a finalização do projeto piloto as enfermeiras do hospital e da UPA, responderam um questionário contendo questões abertas para avaliação final da implantação do fluxo de contrarreferência pela “enfermeira de ligação”, conforme apresentado no QUADRO 7.

Questões	Categorias	Subcategorias	Exemplos
Mudanças no andamento: Contribuições	Simplificou o trabalho	Exclusão do formulário de alta programada	[...] <i>foi simplificado o questionário e o material de envio para as unidades, o que facilitou o processo.</i> ED
Experiência em vivenciar este projeto	Repercussão positiva entre outros profissionais		[...] <i>muito bom entrar em contato com as enfermeiras das unidades de saúde.</i> EA  [...] <i>verificar o retorno e a Repercussão que causou em outros profissionais.</i> EF  [...] <i>foi muito bom, pelo fato de encaminhar os pacientes, de entrara em contato com as enfermeiras das unidades de saúde, sensação de satisfação profissional.</i> EM
Dificuldades	Falta de enfermeiros		[...] <i>falta de tempo e de pessoal</i> [...] EM
	Tempo disponível para executar o trabalho		[...] <i>um problema é a nossa falta de tempo pra fazer esse trabalho, a demanda aqui é grande</i> [...] <i>agentevai priorizando o trabalho e apagando incêndio.</i> EG

	Pacientes da região metropolitana		[...] a maior dificuldade foi em relação ao número de pacientes que se encaixavam na pesquisa, a maioria era da região metropolitana [...] ED  [...] o que atrapalhou, eu acho, é que recebemos muitos pacientes da região metropolitana [...] EH
Benefícios	Maior contato com a rede básica,		[...] maior contato com a rede básica de saúde, encaminhar os pacientes para alta com maior tranquilidade [...] EH
	Maior entendimento sobre a importância da contrarreferência para a continuidade dos cuidados,		[...] interesse em continuar esta atividade no dia a dia. EE
	Melhor compreensão do sistema – rede		[...] conhecer como funciona o sistema, maior facilidade para acessar o sistema[...] EF
	A importância deste processo para o usuário,		[...] continuidade e acompanhamento do paciente pela unidade de saúde[...] EG
	Agilidade nos pedidos de materiais e equipamentos necessários para a continuidade dos cuidados		[...] maior agilidade nos pedidos de materiais, equipamentos para os pacientes[...] EF  [...] agilidade na preparação e aquisição de materiais e insumos para a alta[...] EJ
	Diminuição do retorno do paciente pelo mesmo motivo.		[...] não retorna a UPA pelo mesmo motivo [...] EL

QUADRO 7 – QUADRO SÍNTESE RESULTADO DAS ENTREVISTAS COM AS ENFERMEIRAS QUE REALIZARAM A FUNÇÃO DE “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO”

FONTE: O autor (2015)

### 7.3 AVALIAÇÃO DA PROPOSTA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos pelos enfermeiros da atenção primária que receberam os usuários, referente a proposta do fluxo para a contrarreferência realizado pela “enfermeira de ligação. Os dados foram divididos em avaliação do projeto, avaliação do processo, avaliação referente ao paciente; conforme apresentado no QUADRO 8.

Categoria	Subcategoria	Pontos relevantes	Exemplos
Opinião sobre projeto pelas enfermeiras	Positivo (19)	Contribui para a comunicação entre os diferentes níveis de atenção a saúde	[...] <i>pois promove a comunicação entre as UPAS ou hospital e as unidades de saúde.</i> Enfermeira E21
		Possibilita a continuidade do cuidado ao paciente e a integralidade da atenção	[...] <i>importante, pois facilita a unidade de saúde manter o radar, já que na maioria das vezes não recebemos a contrarreferência.</i> E20  [...] <i>adorei o projeto, facilita a continuidade do atendimento, deveríamos ser informados sobre todas as altas de casos graves que necessitam de continuidade.</i> E25
	Precisa de mais informações para dar sua opinião (5)		[...] <i>preciso conhecer mais sobre o mesmo.</i> E5
	Irrelevante, sem necessidade (2)		[...] <i>sem necessidade.</i> E8
Opinião sobre a forma de contato por telefone	Positiva (9)	Prática, objetiva, resolutiva e esclarecedora	[...] <i>prático, resolutivo.</i> E3  [...] <i>esclarecedor e Objetivo.</i> E16
	Limitado (5)	Dificuldade de atender ao telefonema devido à demanda da unidade de	[...] <i>como estamos sempre no consultório, não estamos disponíveis para atender ao telefone</i> (E22),

		saúde	
		Risco de problemas de comunicação	[...] <i>nessa forma de contato, é inevitável ocorrer problemas de comunicação, tais como: falta de explicação, detalhes, emprecisões e interpretações equivocadas.</i> E1
Informações recebidas sobre o usuário.	Suficientes. (19)		[...] <i>foram suficientes e o resumo de alta contribui muito para a continuidade do acompanhamento.</i> E4
	Insuficientes ou resumidas. (3)		[...] <i>resumidas, mas foi possível realizar o plano de cuidados pela consulta de enfermagem.</i> E2
	Desnecessário (1)	Devido à unidade ser uma ESF	[...] <i>achei o contato desnecessário, visto que o familiar e o ACS já haviam me procurado para informar a alta [...]</i> E15
	Não receberam as informações. (3)		[...] <i>não houve repasse das informações. Foi realizado visita familiar domiciliar direto com a paciente.</i> E9
Recebimento da documentação de alta pela coordenação	Receberam o documento de alta. (17)		[...] <i>recebido relatório de contra-referencia do hospital de clínicas, repassado pela coordenação da US .</i> E14  [...] <i>recebemos o relatório de internamento e dos procedimentos realizados, solicitando o acompanhamento para dar continuidade no atendimento do usuário da abrangência.</i> E23



	Não receberam o documento de alta. (8)		<i>[...] não houve repasse das informações. Foi realizado visita domiciliar direto com a família. E10</i>
	Não respondeu à questão. (1)		
Inclusão desta função no processo de trabalho do enfermeiro.	Agendamento da consulta na atenção primária pelo hospital por meio de um sistema informatizado integrado. (8)		<i>[...] os hospitais poderiam ter acesso as agendas das enfermeiras e realizar o agendamento. E4</i>
	Informar o enfermeiro da atenção primária, por meio e-mail ou telefone e entregar ao paciente o resumo (4)		<i>[...] por e-mail acredito ser a melhor opção de contato e repasse das informações. E4</i>
	Reservar horário agenda dos enfermeiros para a consulta pós alta hospitalar (2)		<i>[...] podemos incluir consultas de enfermagem com foco na avaliação do paciente pós alta como rotina (poderia ser na unidade ou através da visita domiciliar. E20</i>
	Aumentar o número de enfermeiras (3)		<i>[...] aumentar o número de enfermeiras nas unidades. E23</i>
	Necessitar de mais informações (4)		<i>[...] mais informações[...] E10</i>

	Sem sugestões (5)		
Sugestões	Promover a interação e a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção a saúde.		[...] reunião dos enfermeiros que atuam em diversos níveis de atendimento para melhorar o entrosamento, organizar fluxo. E23
	Reuniões, apoio matricial.		[...] manter canal direto para a comunicação como suporte e apoio matricial. E14
	Integrar as demais equipes da atenção primária		[...] interagir com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. E2
	Sistematização da contrarreferência	Uso do e-mail para enviar o resumo de alta Agendar retorno com o enfermeiro na unidade de saúde Entrega de o resumo de alta para o paciente apresentar na unidade de saúde	[...] resumo da alta e-mail, e retorno na agenda do enfermeiro. E16
	Extensão do projeto a outras instituições hospitalares		[...] estender este projeto aos demais hospitais e serviços, pois há dificuldade na resposta da contrarreferência dos serviços de saúde. E18

	Sensibilização dos profissionais quanto a integralidade da assistência		[...] <i>sensibilizar os profissionais sobre a importância e benefícios da integralidade entre as diferentes dimensões e equipe de saúde [...]</i> E17
--	--	--	---

QUADRO 8 – QUADRO SÍNTESE RESULTADO DAS ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

FONTE: O autor (2015)

#### 7.4 PERFIL DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA INTERVENÇÃO

Quanto aos usuários participantes da pesquisa, foram considerados as variáveis idade, gênero, procedência do hospital e UPA, as condições de saúde como: patologias e necessidades de cuidados apresentadas no momento da alta, conforme avaliação do “enfermeiro de ligação”.

TABELA 2– CLASSIFICAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

IDADE N (43)		SEXO N (43)	
>60 ANOS	27		
41 – 60	10	M	23
31 – 40	2	F	20
18 – 30	4		
TOTAL	43		43

FONTE: O autor (2015)

TABELA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO

PROCEDÊNCIA	N(43)
Neurologia	15
Clínica médica masculina e feminina	13
Cirurgia geral	5
Ortopedia	1
Centro de terapia semi-intensiva	1
UPA	8
TOTAL	43

FONTE: O autor (2015)

TABELA 4 - DOENÇAS APRESENTADAS PELOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS

DCNT	N(43)	Usuários portadores
HAS	28	1, 2, 3, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 40
DM	15	1, 3, 8, 12, 13, 15, 19, 22, 25, 26, 27, 31, 33, 35, 36
AVC <sup>4</sup>	19	1, 2, 10, 16, 18, 20, 29, 40
IRC	6	8, 19, 26, 27, 29, 30
Outras Doenças Cardiovasculares*	6	2, 8**, 9, 19, 21
Hipotireoidismo	5	10, 12, 18, 19, 27
Dislipidemia	5	12, 15, 17, 18, 26
Doenças respiratórias crônicas (Asma e DPOC)	4	6, 14, 26, 29
Etilismo Crônico	4	3, 21, 22, 40
Artrite Reumatóide	3	6, 23, 28
Depressão	3	3, 18, 41
Tabagismo	3	11, 21, 40
Outras (Lúpus, Parkinson, Alzheimer, alergias e ansiedade)	5	6, 7, 12, 31, 41
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	

\* Insuficiência cardíaca congestiva, trombose venosa profunda, insuficiência coronariana, fibrilação atrial, angioplastia (stent) e estenose de artéria basilar.

\*\* Apresentava Insuficiência coronariana e Insuficiência cardíaca. Por isso foi contabilizado duas vezes na categoria Outras Doenças Cardiovasculares.

FONTE: O autor (2015)

<sup>4</sup>Para essa pesquisa, quadros anteriores e repetitivos de AVC, apresentados por usuários, foram considerados como doenças crônicas. Portanto, o AVC aqui pode aparecer como um quadro agudo (motivo de internação) e como um quadro crônico (eventos anteriores).

TABELA 5 – NECESSIDADES DE CUIDADOS APRESENTADOS PELOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS – HC/UFPR E UPA.

CUIDADOS	N (78)
Controle de DCNT <sup>5</sup>	32
Cuidados com feridas	14
Dependência motora	13
Cuidados com dispositivos	10
Outros (fisioterapia e cuidados diversos)	9
<b>TOTAL</b>	<b>78</b>

FONTE: o autor (2015).

<sup>5</sup>Legenda: Doença crônica não transmissível.

## 8 PROPOSTA DE FLUXO PARA A CONTRARREFERÊNCIA

Neste capítulo será apresentada uma proposta de fluxo para a contrarreferência com três possibilidades de execução, conforme sugestão dos enfermeiros da atenção primária, demonstrado na FIGURA6.

A possibilidade 1, refere-se à realização do agendamento pelo hospital, por meio do acesso a agenda do enfermeiro da atenção primária (interoperabilidade do sistema informatizado). A possibilidade 2, refere-se ao encaminhamento do formulário da contrarreferência direto para o *e-mail* do enfermeiro da atenção primária. Para essa proposta cada enfermeiro da atenção primária deverá ter um *e-mail* próprio para receber as informações dos usuários. A possibilidade 3, refere-se ao encaminhamento do formulário da contrarreferência para a chefia da unidade de saúde para que seja repassado ao enfermeiro assistencial, conforme realizado nesta intervenção.

## PROPOSTA DE FLUXO PARA A CONTRARRREFERÊNCIA

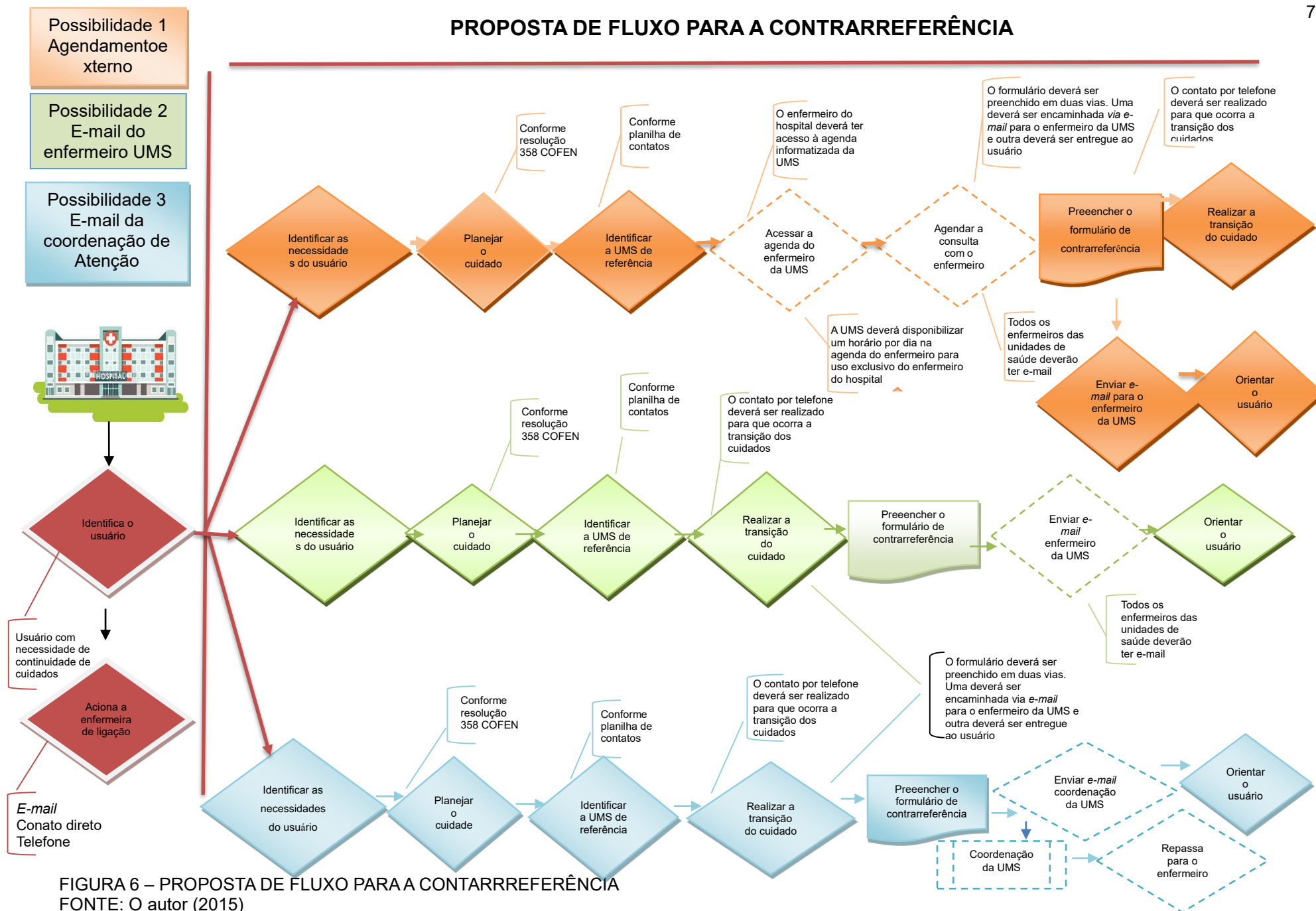


FIGURA 6 – PROPOSTA DE FLUXO PARA A CONTRARRREFERÊNCIA  
 FONTE: O autor (2015)



## 9 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas a discussão desta intervenção que foi estruturada de forma a responder os objetivos propostos. Consideramos importante discutir a caracterização dos enfermeiros participantes, visto que, esses profissionais tiveram influência direta nos resultados obtidos, portanto, este tópico segue a seguinte sequência: caracterização dos enfermeiros participantes, avaliação do projeto piloto “enfermeira de ligação” na perspectiva dos enfermeiros, tanto do hospital e da UPA, como dos enfermeiros da atenção primária e o perfil dos usuários encaminhados.

### 9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Com relação à caracterização dos enfermeiros participantes, trata-se de um grupo predominantemente feminino. A história da enfermagem está diretamente ligada a figura feminina desde os seus primórdios, sendo uma mulher - Florence Nightingale a pioneira e precursora da profissão, responsável por organizar os cuidados dos feridos na guerra da Criméia. A essência do trabalho da enfermagem é o cuidado, sendo este, considerado um atributo intrínscico da natureza feminina (SANTOS, et al. 2011; YOUNG, et al., 2011).

No que diz respeito a faixa etária dos enfermeiros participantes, o grupo apresentou idade entre 31 a 40 anos e com mais de dez anos de formação e a maioria com ao menos uma especialização, sendo que quatro deles, possuem mestrado. Estes dados revelam que se trata de enfermeiros maduros, experientes, qualificados para o trabalho e já desenvolveram certas habilidades e competências técnico-científicas que o permitem lidar com pessoas e situações complexas (RUTHES, 2008). Este pode ter sido o motivo pelo qual houve interesse e reconhecimento da importância da realização da contrarreferência para os usuários com necessidade de continuidade dos cuidados.

Observou-se que dos 19 enfermeiros das unidades de internação e da UPA, que aceitaram realizar a função de “enfermeiro de ligação” durante o período de coleta de dados, somente 12 enfermeiros realizaram esta função efetivamente. Estas

informações podem estar relacionadas a grande demanda e a diversidade de ações que esses profissionais assumem e desempenham ao longo da sua jornada de trabalho

Nestas unidades de trabalho, hospital e UPA, as ações do enfermeiro não estão somente voltadas para as ações assistenciais. Estes profissionais organizam e acompanham a equipe de enfermagem, coordenam a unidade de internação, são responsáveis em acionar serviços de apoio, realizam agendamento de exames e encaminhamento de pacientes, elaboram relatórios gerenciais, participam de comissões internas, realizam o gerenciamento dos leitos e as orientações aos usuários e seus familiares. Tudo isso impossibilita atenção assistencial que o usuário necessita. Contudo, todas essas responsabilidades e habilidades os colocam em posição estratégica, pois são considerados profissionais diferenciados pela sua capacidade técnica e habilidades em lidar com as adversidades. Além disso, se encontram mais próximos dos pacientes e seus familiares, e por este motivo, experimentam as diferentes emoções e reconhecem mais facilmente as vulnerabilidades do usuário (VENTURA, 2012).

No entanto, para que o usuário possa ser compreendido na sua totalidade e vulnerabilidade são necessárias mudanças de comportamento em relação à atuação profissional, como a renovação contínua dos processos de trabalho, atenção as necessidades sob olhar crítico e investigador (RUTHES, 2008; LIMA, 2012).

## 9.2 OBJETIVO 1: AVALIAÇÃO DO PROJETO PILOTO “ENFERMEIRA DE LIGAÇÃO” NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS QUE REALIZARAM A CONTRARREFERÊNCIA

No primeiro contato com os enfermeiros, para a apresentação do projeto, observou-se que havia a demonstração de muitas preocupações por parte dos profissionais. De um lado demonstraram bastante interesse, compreendendo a importância da continuidade dos cuidados e por outro lado, demonstraram preocupação em não conseguir realizar a contrarreferência alegando muitas demandas de trabalho. Nestas unidades de internação o enfermeiro é responsável pela assistência direta de maior complexidade, realizam a admissão dos pacientes,

participam de comissões interna, realizam as escalas de atividades da equipe de enfermagem, supervisionam o trabalho da equipe de enfermagem e acionam os serviços de apoio sempre que necessário.

Entretanto, mesmo diante da intensa rotina de trabalho, aceitaram realizar a função de “enfermeiro de ligação”. Esta decisão nos permite dizer que esses enfermeiros reconhecem a importância de ressignificar sua prática favorecendo o desenvolvimento de ações que visem assegurar a continuidade dos cuidados.

É fundamental que o enfermeiro reconheça que o momento da alta é tão importante quanto o período do internamento, incorporando em sua prática novos processos de trabalho como a aproximação com a atenção primária para a troca de saberes proporcionando novos afazeres (RODRIGUES, 2013).

Após um mês da implantação do projeto piloto da “enfermeira de ligação” foi realizado um grupo focal com as enfermeiras do hospital e da UPA, para avaliar o processo de trabalho proposto e ajustar o fluxo, pois neste período inicial somente havia sido realizado três contrarreferências. Nesta etapa, identificou-se que os enfermeiros encontraram muitas dificuldades na obtenção das informações para o devido preenchimento do formulário de alta programada, inicialmente proposto.

Dentre as dificuldades apresentadas pelos enfermeiros que realizaram a função de enfermeiro de ligação foram citados: os usuários que não se enquadravam nos critérios, pouca rotatividade, falta de tempo dos enfermeiros para realizar o processo e formulário de alta programada muito extenso.

Em relação aos usuários que não se encaixavam nos critérios e a baixa rotatividade, isso pode ser explicado pela própria característica do hospital, pois se trata de um hospital de alta complexidade, de referência regional, e por este motivo, recebe usuários de várias cidades do estado e que permanecem internados por longos períodos.

Em relação ao formulário de alta programada, este, já havia sido validado em 2011 (MALTENI, 2011) e para o seu completo preenchimento havia necessidade da realização de anamnese e exame físico, bem como, a elaboração da prescrição de enfermagem de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários.

Para os enfermeiros a realização do planejamento de alta com a profundidade e abrangência que o formulário impunha, inviabilizaria o processo de contrarreferência, que não estava atrelado somente ao preenchimento deste formulário, mas ao preenchimento do formulário de contrarreferência também, além

do contato com a unidade de saúde para a discussão do caso e agendamento da consulta com o enfermeiro da unidade da atenção primária, bem como, realizar orientações ao usuário.

A realização da transição dos cuidados de um nível de atenção para outro é um processo desafiador, requer ações e documentos que apresentem de forma clara e objetiva as principais necessidades que devem ser supridas e somente desta forma a transição dos cuidados será satisfatória (COLEMAN, 2006; NAYLOR, 2011).

Na perspectiva da continuidade dos cuidados e o grau de importância deste processo, a transição deve ser parte integrante de todo o tratamento, portanto, deve ser utilizado documentos que traduza informações relevantes ao processo de cuidar como: diagnóstico, história clínica, data da internação, tratamento realizado no hospital, as orientações realizadas ao paciente e sua família, as condições do paciente no momento da alta e a efetiva comunicação entre as partes (KRIPALINI, 2015; ANDRIETTA, 2011).

Entretanto, a fim de viabilizar o processo, foi ajustado o fluxo da contrarreferência com a exclusão do formulário de alta programada e mantido o formulário de contrarreferência, que solicitava apenas as informações mais importantes com objetividade relacionadas aos dados gerais do paciente, diagnóstico, data de internação, tratamento realizado no hospital, medicações em uso e um breve resumo de alta.

Foram aceitas algumas sugestões dos enfermeiros, a fim de, facilitar ainda mais o processo de trabalho, sendo incluído o resumo de alta e a folha de rosto do próprio prontuário eletrônico do sistema informatizado para serem anexados no formulário de contrarreferência.

Após as alterações e ajustes, observou-se que foram realizadas as altas baseadas no novo fluxo e que a exclusão do formulário de alta programada realmente facilitou o processo de trabalho do “enfermeiro de ligação”, pois a partir daí foram realizadas 40 contrarreferências. Isso demonstra que os enfermeiros corresponderam às mudanças e que facilitar o processo para que pudessem incluir na rotina já institucionalizada, fez com que realizassem o fluxo proposto.

Ao analisar as facilidades em relação ao processo de contrarreferência foi citado que o contato telefônico foi tranquilo. Isso demonstra que a aproximação dos enfermeiros do hospital com a rede básica, pode se feita por este método, não causando impactos negativos na rotina dos enfermeiros.

Para Andrietta (2011) e Kripalini (2015) a transição poderá ocorrer por telefone ou *e-mail*, devendo uma cópia do documento de alta seguir com o paciente para ser apresentado ao enfermeiro da atenção primária, no momento da consulta.

Entre as sugestões realizadas foi apontada a necessidade de um enfermeiro exclusivo para este processo de trabalho, considerando a grande demanda existente sob sua responsabilidade. Psaila (2015) sugere que o processo de transição dos cuidados seja realizado por um profissional de ligação, visto, sua complexidade e importância, sendo assim, seria possível superar as fragilidades existentes como falta de profissionais e a comunicação. Portanto, parece existir uma necessidade expressa de mudança de comportamento, ressaltando a importância da sensibilização por parte dos profissionais para realizar a continuidade dos cuidados.

Isso demonstra que é necessário rever as atribuições dos enfermeiros, realizar momentos de discussão de casos clínicos, participação no momento de decisão da alta compartilhando informações sobre as necessidades dos usuários. Tudo isso demanda tempo, entretanto impactam diretamente no tratamento e reabilitação. A sensibilização dos profissionais quanto o seu fazer não poderá estar atrelado apenas aos conhecimentos técnicos científicos, deve avançar para necessidades que vão além do contexto doença. Sendo assim, o profissional enfermeiro, deve ter conhecimento, talento, atitudes confiáveis, maduras, otimistas e uma entrega humanizadora (DONALD, 2015; RUTHES, 2008).

Ao analisar a experiência dos enfermeiros em vivenciar este projeto, os enfermeiros se sentiram próximos das unidades de saúde e com maior contato com a rede o que proporcionou satisfação profissional. Percebem claramente que existem lacunas entre esses dois níveis de atenção e que seria importante a aproximação do hospital com as unidades de saúde para a continuidade dos cuidados. Estes dados demonstram que os enfermeiros da atenção hospitalar estão separados da atenção primária e do contexto em que o usuário está inserido o que é muito importante para o planejamento dos cuidados dentro do hospital.

Segundo Silva (2011) são necessárias novas estratégias que permitam a aproximação entre os níveis de atenção para que as experiências sejam trocadas e o paciente melhor atendido.

Ainda nesta questão, os enfermeiros perceberam a importância da contrarreferência para a continuidade dos cuidados e que houve mais agilidade nos pedidos de materiais, equipamentos e medicamentos, pois facilitou a organização da

unidade de saúde para receber este usuário sem interromper o tratamento e que com isso, os usuários não iriam retornar pelo mesmo motivo. Isso demonstra que o diálogo entre os níveis de atenção é importante e que impacta diretamente na continuidade dos cuidados.

Trocar experiências, dialogar com os pares nos diferentes contextos, a fim de um objetivo comum, pode trazer grandes benefícios para os usuários do sistema. Estas atitudes favorecem a organização do serviço para o adequado atendimento, sem prejuízos assistenciais, evitando que o usuário retorne à instituição hospitalar com maiores e diferentes complicações (KERGOAT, 2010; NAYLOR, 2011; GONZALEZ, 2010; KRIPALINI, 2007).

Em relação às dificuldades apontadas pelos enfermeiros, foi citado o número reduzido de profissionais e a falta de tempo para fazer este trabalho, sendo necessário priorizar as ações mais importantes e a continuidade dos cuidados não está neste contexto. Diante disso, podemos dizer que a continuidade dos cuidados ficaria em segundo plano comprometendo a integralidade.

Essas informações demonstram a importância da “enfermeira de ligação” na transição dos cuidados da atenção hospitalar para a atenção primária. Com um profissional exclusivo para esta função, seria possível a correta avaliação das necessidades, o processo de transição, a organização do serviço, a continuidade dos cuidados; favorecendo a desospitalização segura, melhora do quadro clínico e a redução dos custos hospitalares (BIXBY, 2009; ECON, 2011; TABANEJAD, 2014).

### 9.3 OBJETIVO 2: AVALIAÇÃO DA PROPOSTA NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Foram analisados os resultados obtidos relacionados ao projeto, ao processo, bem como, as dificuldades e sugestões para a continuidade dos cuidados.

Ao analisar os resultados obtidos em relação ao projeto, identificou-se que nove enfermeiros ficaram sabendo da pesquisa pela chefia da unidade de saúde e dez enfermeiros ficaram sabendo do projeto no momento do contato telefônico realizado pelo enfermeiro do hospital e da UPA, dois enfermeiros ficaram sabendo da pesquisa no momento que receberam o *e-mail* com os documentos de alta que foram

enviados pela bolsista de iniciação científica, dois enfermeiros ficaram sabendo da pesquisa por colegas de trabalho e um não obteve conhecimento.

Os dados representam a fragilidade existente na comunicação entre os profissionais, visto que, o projeto foi apresentado em colegiado distrital com a participação das chefias das unidades de saúde, para que fosse repassado a todos os enfermeiros da atenção primária, cada qual, em sua unidade de saúde. A comunicação é compreendida como grande desafio a ser vencido, pois, na maioria das vezes é frágil ou até mesmo inexistente (MACHADO, 2011, PSAILA, 2015, KRIPALINI, 2007).

Em relação a opinião dos enfermeiros da atenção primária sobre o projeto de intervenção, a grande maioria (19) considerou positivo, e isto, representa a importância da contrarreferência para a continuidade dos cuidados, a melhoria da prática dos enfermeiros, bem como, a aproximação dos profissionais dos diferentes níveis de atenção.

Ao analisar os resultados obtidos em relação ao processo de trabalho proposto pela intervenção, os achados demonstraram que o contato realizado por telefone foi considerado importante com algumas limitações, pois em alguns momentos o enfermeiro se encontrava em consultório atendendo, o que impossibilitou o atendimento do telefone. Em relação as informações repassadas referentes os usuários a maioria dos enfermeiros consideraram suficientes e permitiram a continuidade dos cuidados e a elaboração de um plano terapêutico individual.

Em relação ao recebimento do documento de alta via *e-mail* para a coordenação da unidade de saúde, a maioria dos enfermeiros receberam o documento de alta e o mesmo continha informações importantes em relação ao internamento hospitalar, a patologia apresentada e as necessidades de continuidade dos cuidados, favorecendo melhor compreensão do estado clínico do paciente.

Estes dados revelam que o documento de contrarreferência elaborado para este estudo atendeu as necessidades de informações e que estas favoreceram a continuidade dos cuidados. O fluxo estabelecido para a realização da contrarreferência pela “enfermeira de ligação” foi considerado positivo com algumas limitações, visto que o contato telefônico em alguns casos, inviabilizou o diálogo entre os enfermeiros, devido a especificidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária, contudo, o encaminhamento do formulário de contrarreferência via *e-mail* preencheu esta lacuna, pois, as informações repassadas no momento do contato

telefônico foram as mesmas contidas no formulário de contrarreferência.

É importante ressaltar que mesmo que o formulário de contrarreferência, enviado via *e-mail*, tenha suprido a falta do contato telefônico, o diálogo entre os profissionais é considerado fundamental, pois, nesses momentos ocorre o repasse de por menores que podem ser importantes para melhor compreensão do caso.

Quando questionados como poderíamos incluir no processo de trabalho, a maioria dos enfermeiros consideraram que a abertura de agendas externas no prontuário eletrônico – interoperabilidade do sistema informatizado, que pudesse ser acessado pelos enfermeiros do hospital, seria uma excelente ferramenta que possibilitaria o agendamento, facilitando o trabalho, tanto dos enfermeiros do hospital como dos enfermeiros da atenção primária. Alguns enfermeiros apontam para a importância de *e-mails* próprios o que também facilitaria o processo de trabalho, apontam ainda, a necessidade de aumento do número de enfermeiros e capacitação neste processo de trabalho.

O uso do *e-mail* e do formulário de alta pode ser considerado um grande avanço para que a transição dos cuidados ocorra adequadamente, contudo, é importante ressaltar que os métodos, bem como, os documentos utilizados para a transição dos cuidados sejam reavaliados constantemente, pois, a medida que incorporamos o processo vamos percebendo naturalmente a necessidade de novas informações importantes para a qualidade do atendimento (KERGOAT, 2010; LERMAN, 2011).

Ao analisar as dificuldades e sugestões apontadas pelos enfermeiros, identificamos que, apesar das dificuldades, a maioria dos enfermeiros percebem que a contrarreferência realizada pelo “enfermeiro de ligação” é muito importante e deve ser implantadas em todos os prestadores da rede, devendo ser incorporada na sua rotina de trabalho e que as equipes dos núcleos de apoio a saúde da família (NASF) e o laboratório devem ser inseridos neste processo, pois estão diretamente envolvidos no processo de atendimento ao usuário.

Os resultados revelam que os enfermeiros da atenção primária percebem com mais facilidade a importância da contrarreferência e que este processo impacta diretamente na qualidade do atendimento oferecido. Dentre algumas das explicações, as especificidades do trabalho do enfermeiro na atenção primária e a necessidade de ele reconhecer e monitorar a situação de saúde e doença dos usuários da sua área de abrangência, faz com que ele compreenda mais facilmente a importância da



contrarreferência para a continuidade dos cuidados.

Portanto a contrarreferência, principalmente, a realizada pelo “enfermeiro de ligação”, vem contribuir com o trabalho desenvolvido na atenção primária, pois a ausência da contrarreferência deixa o usuário perdido na rede, comprometendo o processo de tratamento (MACHADO, 2011).

Ao analisar a percepção dos enfermeiros quanto a realização da consulta de enfermagem com foco na continuidade dos cuidados, dez enfermeiros não responderam à questão e 16 enfermeiros consideraram que o tratamento foi otimizado e que a consulta foi importante, pois a partir de informações repassadas foram realizados vários encaminhamentos como: fisioterapia, nutrição, oftalmologia.

Estas informações revelam que a contrarreferência realizada a partir do contato do enfermeiro com o encaminhamento de informações por escrito, como o resumo de alta, permite que o enfermeiro da atenção primária possa realizar a consulta de enfermagem sob a ótica da continuidade do cuidado. O enfermeiro da atenção primária deve, fundamentalmente, receber o paciente, dando continuidade do cuidado que o usuário necessita de acordo com sua tipologia de vida (RODRIGUES, 2013).

#### 9.4 OBJETIVO 3: PERFIL DOS USUÁRIOS ENCAMINHADOS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL E DA UPA PARA AS UNIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com os dados apresentados observou-se que dos 43 usuários encaminhados, 27 possuem mais de 60 anos de idade, portadores de pluripatogenia crônico-degenerativa com eventos de agudização e quadros descompensados. Do total de usuários encaminhados pela “enfermeira de ligação” 32 necessitavam de auxílio no controle dessas doenças. As doenças mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, seguidos de insuficiência renal crônica e doenças cardiovasculares, sendo as complicações destas, o motivo do internamento. Estes dados corroboram com os dados epidemiológicos do município de Curitiba que considerou a hipertensão arterial sistêmica uma doença crônica bastante comum, cuja frequência aumenta com a

idade. Esta doença representou 22,3% dos adultos acima de 18 anos de idade, 40% dos adultos de 55 a 64 anos de idade e 60% dos idosos acima de 65 anos de idade em 2013. Em relação ao diabetes mellitus, esta é considerada como um grande desafio para o sistema de saúde, pois está relacionada ao sedentarismo, alimentação desregrada e obesidade trazendo sérias complicações para o organismo, como insuficiência renal e doenças cardiovasculares. No mesmo ano (2013), foram observadas maior incidência entre as mulheres com aumento da prevalência relacionada ao aumento da idade, entretanto os maiores percentuais foram observados entre os idosos acima de 65 anos de idade correspondendo a 20,4% dos adultos (CURITIBA, 2015).

Estes dados demonstram a forte incidência destas doenças em pessoas idosas e o forte impacto na qualidade de vida destas pessoas, devido à necessidade de acompanhamento após alta hospitalar, bem como, orientações quanto a importância do controle destas doenças por toda a vida, tendo em vista, que essas categorias de pacientes são frágeis, pelo declínio fisiológico natural (KERGOAT, 2010).

O Brasil obteve um aumento de quase 700% de idosos em menos de 50 anos, adicionando 650 mil novos a cada ano, sendo a maioria deles portador de doenças crônicas e limitações funcionais (VERAS, 2009). Portanto, os idosos podem ser considerados como usuários alvo na realização da contrarreferência pela “enfermeira de ligação” e desta forma, a garantia da continuidade dos cuidados e monitoramento e controle da doença.

Na perspectiva da continuidade do cuidado, estas condições patológicas e suas vulnerabilidades apresentam maiores possibilidades de reinternações hospitalares, com quadros ainda mais complexos, indivíduos não produtivos para a sociedade e aumento significativo dos custos para o sistema de saúde. É imperativo que os profissionais de saúde reorganizem seus processos de trabalho e revejam as suas ações, buscando maior conscientização destes aspectos não se detendo somente a doença e sim a pessoa, família e comunidade, bem como, as suas vulnerabilidades (MILBRATH, 2009; ARCE; SOUZA, 2013; LIMA, 2012; GONZALÉS, 2010).

Considerando que os profissionais de saúde detêm o conhecimento da doença e seus sofrimentos, é preciso não reduzir a pessoa a estes aspectos e sim buscar informações relacionadas ao todo, considerando o modo de vida de cada um,

para que o plano de cuidados seja elaborado de forma a contemplar as necessidades individuais (MATTOS, 2004, LIMA, 2012; BONFADA, 2012).

Em relação às unidades que realizaram a contrarreferência a neurologia clínica e a clínica médica foram as unidades de internação que mais encaminharam usuários para atenção primária pela "enfermeira de ligação". Isso pode ser explicado pelo fato de que nessas unidades são internados usuários com doenças que causam um forte impacto no organismo, sendo facilmente identificados pela "enfermeira de ligação" a necessidade de continuidade de cuidados.

Ao analisar o motivo da hospitalização nas unidades de internação do hospital, identificamos que na neurologia clínica os 14 usuários internados apresentaram quadros de acidente vascular cerebral – AVC agudo e a maioria deles receberam alta apresentando algum tipo de sequela permanente, decorrentes de lesões cerebrais necessitando de reabilitação e monitoramento. Os 14 usuários desta unidade de internação relataram ser portadores de doenças pregressas como hipertensão arterial sistêmica - HAS e diabetes mellitus - DM.

Além do monitoramento das doenças crônicas apresentadas pelos usuários, um usuário recebeu alta com sonda nasoenteral – SNE, dois usuários com sonda vesical de demora – SVD e um usuário portador de úlcera venosa em MIE em tratamento com coberturas especiais.

Ao analisar o motivo do internamento na clínica médica, identificamos que os usuários apresentavam diversos tipos de diagnósticos secundários, além daqueles que motivaram o internamento. Dos 13 usuários encaminhados pela enfermeira de ligação oito deles eram portadores insuficiência renal crônica – IRC e receberam alta com cateter de hemodiálise, para a realização de hemodiálise ambulatorial, um usuário recebeu alta com uma sonda de cistostomia e um usuário recebeu alta com uma SNE e com uma úlcera por pressão na região sacra em tratamento com coberturas especiais.

Ao analisar os motivos do internamento na cirurgia geral, identificamos que dos seis usuários encaminhados, um internou por abscesso em quadril esquerdo e realização de retalho em quadril direito, um usuário foi submetido a uma hernioplastia, um usuário submetido a reavaliação cirúrgica da ileostomias, um usuário por deiscência de sutura e um usuário para a reversão da colostomia. Todos os usuários receberam alta com alguma necessidade de acompanhamento e procedimentos pela atenção primária.

Na unidade da ortopedia são internados usuários que necessitam de intervenção cirúrgica. Esta unidade realizou somente uma contrarreferência e o usuário encaminhado internou para a realização de artroplastia total de quadril secundária a artrite reumatóide.

Quanto ao centro de terapiasemi-intensiva - CTSI, a maioria dos usuários que lá se encontram internados, possuem quadros muito graves e quando recebem alta desta unidade são encaminhados para outras unidades do hospital por não se encontrarem em condições de alta para o domicílio. Muito embora na CTSI permaneça apenas paciente com alto grau de gravidade, é importante ressaltar que esta unidade realizou uma contrarreferência. O usuário contrarreferenciado nesta unidade apresentou quadro de hemorragia digestiva alta – HDA.

Observou-se que o número de usuários internados na CTSI portadores de doenças neurodegenerativas é bastante expressivo. Esta patologia acomete o sistema neurológico com perda progressiva da musculatura, variando entre casos leves, moderados e graves. Neste caso o usuário necessita de cuidados intensivos como a necessidade de respiração artificial, monitorização de saturação de oxigênio, sendo portador de outros dispositivos que exigem cuidados, porém, não mais necessitam do ambiente hospitalar, podendo receber esses cuidados em casa, próximo da família. Este pode ser um setor que venha a demandar muitas altas para o domicílio desta natureza.

Na urologia nenhum usuário foi contrarreferenciado pela “enfermeira de ligação”. Conforme relato da enfermeira os pacientes que lá se encontravam, durante o período da coleta de dados, eram moradores da região metropolitana de Curitiba e este foi considerado critério de exclusão.

Ao analisar os motivos de internamento dos usuários provenientes da UPA, identificamos que dos oito usuários encaminhados três foram internados por suspeita de AVC, sendo portadores de HAS e DM, um usuário por suspeita de infarto agudo do miocárdio e quatro usuários apresentavam quadro compatível com infecções graves, sendo um deles portador de HIV imunodeprimido sem acompanhamento da doença de base.

A atenção primária possui papel fundamental no controle e manejo das DCNT's, identificação dos principais fatores de risco, monitoramento do tratamento precoce das doenças realizando ações preventivas e curativas visando à promoção e prevenção da saúde (MENDES, 2010).

Os dados demonstram que os 43 usuários encaminhados do hospital e da UPA por meio da “enfermeira de ligação”, todos necessitavam de algum tipo de continuidade de cuidados, alguns menos outros mais complexos.

Para este grupo de usuários encaminhados foram consideradas todas as orientações de acompanhamento realizada pela “enfermeira de ligação”. No item cuidado com feridas, constavam continuidade de tratamento com coberturas especiais de úlceras por pressão, úlceras venosas, feridas cirúrgicas com deiscência de sutura. No item dependência motora constavam acompanhamento de usuários dependentes ou parcialmente dependentes por sequelas de AVC. No item cuidado com dispositivos, constavam continuidade de cuidados com sondas nasoenterais, nasogástrica, sondas vesicais de demora, cateteres de hemodiálise, fístulas, bolsas de colostomias e ileostomias.

Diante dessas informações podemos considerar a importância do processo de transição e a continuidade dos cuidados, tendo em vista a complexidade das necessidades de cuidados apresentados pelos usuários que foram contrarreferenciados. Considerando que as feridas complexas devem ser avaliadas em tempo certo e hora certa, devido os fatores fisiológicos envolvidos na cicatrização, a interrupção do tratamento com as coberturas especiais pode trazer grandes prejuízos ao usuário, retardando o processo de cicatrização, aumentando o tempo e o custo do tratamento e a reinserção na vida produtiva e social do indivíduo.

Da mesma forma, a não avaliação de uma bolsa de ileostomias, que pode estar com pequenos conteúdos de extravasamento, podem provocar grandes lesões na pele periestoma, podendo trazer sérias complicações, sendo necessário a associação de novos produtos para tratamento das lesões e conseqüentemente, aumento do tempo do tratamento e aumento dos custos. Assim como, não realizar a avaliação do posicionamento e funcionamento de sondas nasogástricas, pode provocar broncoaspirações favorecendo quadros de infecções graves ou até mesmo levar o indivíduo à morte. (JORGE; DANTAS, 2003).

Diante deste contexto, a contrarreferência realizada pela “enfermeira de ligação” é de fundamental importância. Pode ser uma grande estratégia para a integração entre os níveis assistenciais e a aproximação da integralidade, favorecendo melhores práticas e principalmente a continuidade dos cuidados e a qualidade do atendimento (KERGOAT, 2010; NAYLOR, 2011; GONZALEZ, 2010; KRIPALINI, 2007).

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo propor estratégia de contrarreferência do hospital e da UPA para a atenção primária com a contribuição da “enfermeira de ligação”. A intervenção realizada e avaliada alcançou todos os objetivos propostos, pois foi possível realizar as contrarreferências dos usuários que se encontravam hospitalizados e que necessitavam de continuidade dos cuidados, avaliar o processo na perspectiva dos enfermeiros da atenção hospitalar, avaliar o processo na perspectiva dos enfermeiros da atenção primária e identificar o perfil dos usuários encaminhados.

Este trabalho pode contribuir para o desenvolvimento da prática profissional, tendo em vista, que demonstrou como a enfermeira pode realizar a alta qualificada desenvolvendo a expertise em fazer a contrarreferência promovendo maior visibilidade para os profissionais. Realizar este processo é uma necessidade imposta diante da complexidade das demandas humanas e pode ser um papel promissor para os enfermeiros.

Este estudo vem colaborar com a enfermagem enquanto disciplina, visto que, agrega um conhecimento novo que está sendo produzido e esta é uma responsabilidade da profissão: produzir novos conhecimentos que contribuam para a preservação da vida. A enfermagem vem construindo conhecimentos específicos, a fim de, manter a identidade da profissão, enquanto disciplina e ciência aplicada na área da saúde garantindo o cuidado qualificado.

Em relação às limitações deste estudo podemos considerar que a intervenção foi realizada em um só hospital e uma só UPA com a participação de 23 unidades de saúde da atenção primária, porém, foi testado mais de um processo que deu certo sendo possível de ser implantado. Contudo ainda é uma importante agenda de pesquisa, pois novos processos devem ser testados, estudos relacionados ao custo hospitalar em internações de longa permanência e o cuidado em domicílio devem ser realizados.

Enquanto gestora do sistema, posso dizer que este estudo me proporcionou a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, experimentar o processo e compreender ainda mais a importância da alta qualificada e os benefícios que estas ações podem trazer para os usuários. Diante disso, poder oportunizar aos usuários

do SUS de Curitiba esta importante contribuição, e com isso, avançarmos ainda mais na qualidade no atendimento oferecido proporcionando muita satisfação profissional.

## REFERÊNCIAS

ANDRIETTA, M.P. et al. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 6, nov-dez 2011. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?Script=arther.Spid=s0104-11692011000600023](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=arther.Spid=s0104-11692011000600023)>. Acesso em: 12/01/2015

ARCE, V. A. R., SOUZA, M. F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de saúde da família do Distrito Federal. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 1, p. 109-123, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04/09/2014.

BARBOSA, L. R., MELO, M. R. A. C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 366-370, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>>. Acesso em: 09/09/2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 1-8, mai-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>>. Acesso em: 09/09/ 2014.

BENITO, G. A. V. et al., Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p.172-178, jan-fev, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/25.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

BIXBY, M.B. et al. The Transitional Care M (TCM): hospital discharge screening criteria for high older adults. **Try this: Best practices in nursing care to older adults**. Local: New York University College of Nursing, 2009.

BONFADA, D. et al., A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028)>. Acesso em: 22/09/2015.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Senado Federal, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 08/11/2014.



BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 22/09/2014.

BRASIL. Lei Orgânica n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Senado Federal, 20 set. 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: 22/09/2014.

BRASIL. Resolução CNE/CES n.3, de 7 de novembro de 2001. **Conselho Nacional de Educação**. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

BRASIL. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-%5B5046-041111-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22/09/2014.

BRASIL. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, n. 12 p. 59, 13 jun. 2013. Seção 1.

CAMPOS, G. W. S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a02v12n2.pdf>>. Acesso em: 13/11/2014.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CANEVER, B. P. *et al.* Produção do conhecimento acerca da formação do enfermeiro na América Latina. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 4, p. 211-220, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-4472012000400026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-4472012000400026)  
Acesso em: 22/09/2014.

CECÍLIO, L.C.O., MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003.

COLEMAN, E.A. et al. The Care Transitions Intervention. **Arch. Intern. Med.**, v. 166, set. 2006.  
Disponível em: <<http://www.caretransitions.org/documents/The%20CTI%20RCT%20-%20AIM.pdf>>. Acesso em: 22/10/2015.

COREN-PR, **Legislação básica para o exercício profissional da enfermagem**. Curitiba: Edições 24, 2015.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Histórico da Secretaria. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/a-secretaria/historico-da-secretaria>>. Acesso em: 10/05/2014.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Vigilância de A a Z. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/vigilancia/epidemiologica/vigilancia-de-a-a-z/12-vigilancia/467-doencas-cronicas-nao-transmissiveis> Acesso em: 20/03/2016.

DENSIN, N. K. et al. **O planejamento da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONALD, F. et al., Hospital to community transitional care by nurse practitioners: a systematic of cost-effectiveness. **International Journal of nursing studies**, v. 52, p. 436-451, 2015. Disponível em: <[http://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/binder1\\_0.pdf](http://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/binder1_0.pdf)>. Acesso em: 22/10/2015.

ECON, R. L. B. et al., Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, p. 1167-1175, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630005>. Acesso em: 22/10/2015.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: História da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2006.

FRATINI, J. R. G. et al. Referência e Contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n. 1, p. 65-72, jan/mar. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4908/3>>

211>. Acesso em: 14/11/2014.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZÁLEZ, A.D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência&SaúdeColetiva**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300018&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 de setembro de 2015.

INTERVENTIONS to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care: A systematic review. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630005>>. Acesso em: 22/09/2015.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

JULIANI, C. M. C. M. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, sup. 4, p. 323-333, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400001&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341999000400001&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17/04/2014.

KALINOWSKI, C. E. et al. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise na percepção dos enfermeiros. **S A N A R E**, Sobral. v.11, sup. 1, p. 6-12, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Juliane/Downloads/260-497-1-SM.pdf. Acesso em: 09/09/2014.

KERGOAT, M. J. et al. A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. **BMC Geriatrics**, local, p. 69, set. 2010. Disponível em: <<http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-10-69>>. Acesso em: 22/10/2015.

KRIPALANI, S. et al. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care. **Jama**, v. 297, n. 8, February 28, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327525>>. Acesso em: 23/10/2015.

LERMAN, Y. et al. Nurse Liaison: The Bridge Between the Perioperative Department

and Patient Accompaniers. **AORN Journal**. v. 94, n. 4, p. 385-392, out. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21967912>>. Acesso em: 23/11/2015.

LIMA, M.M. et al., Concepções de estudantes de enfermagem sobre a integralidade do cuidado à saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 2, p. 259-266, abr/jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 de setembro de 2014.

LORENÇÃO, D. C.A., BENITO, G. A. Competências Gerenciais na Formação do Enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n.1, p. 91-97, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100015&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22/09/2014.

MACHADO, M. de F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009)>. Acesso em: 22/09/2014.

MASSARO, M., CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre o gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 150-158, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/14135>>. Acesso em: 21/10/2014.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37>>. Acesso em: 22/09/ 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-1232010000500005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-1232010000500005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22/09/2014.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILBRATH, V.M. et al. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, 755-760, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000600005)>. Acesso em: 22/09/2015.

MOLTENI, L. G. C. **Sistematização de alta programada em hospital de ensino: um instrumento para a enfermeira de ligação**. 65 p. Monografia Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

NASCIMENTO, M. S., NASCIMENTO, M. A. A. Prática da Enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200011)>. Acesso em: 22/09/2014.

NAYLOR, M. D. et al., The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Affairs**, Milwood, v. 30, n. 4, p. 746-754, abr., 2011. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/30/4/746.full.pdf+html>>. Acesso em: 22/10/2015.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.12, n. 4, p. 825-839, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232007000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232007000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23/01/2016.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **El futuro de los servicios médicos y afines**. Informe de Dawson. n. 93, p. 11, 1964. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1133>. Acesso em 22/09/2015.

OLSEN, R.M. *et al.* Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. **International Journal of Integrated Care**, v. 13, Jan-Mar. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653276/>>. Acesso em: 22/10/2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco, 2005.

POLIT, D. F. et al. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PSAILA, K. et al., Smoothing out the transition of care between maternity and child and family health services: perspectives of child and family health nurses and midwives. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, p. 151, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/151>>. Acesso em: 23/10/2015.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents – from hospital to the home. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, jan-fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/27.pdf>>. Acesso em: 01/12/2015.

RODRIGUEZ, M. V. O. et al. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colômbia), v. 12, n. 24, p. 114-129, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>. Acesso em: 22/09/2015.

RUTHES, R.M.; CUNHA, I. C. K. O. Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 901-905, nov./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a16v62n6.pdf>>. Acesso em: 22/09/2015.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas do Enfermeiro na Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-253, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000200016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 09/09/2014.

SANTOS, T. C. F. et al. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 966-973, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a25.pdf>. Acesso em: 26/01/2016.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 309-315, jun. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-4472011000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-4472011000200014&script=sci_arttext). Acesso em: 01/12/2015.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf). Acesso em: 16/10/2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUZUKI, V. F. A. et al. Planejamento da alta hospitalar do paciente diabético: construção de uma proposta. **RevEsc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 527-532, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a31.pdf>  
Acesso em: 16/10/2015.

TABANEJAD, Z. et al. A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. *Revista, local*, v. 2, n. 4, out. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201211/>>. Acesso em: 30/11/2015

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

VENTURA, R. A. Aliança da enfermagem com o usuário na defesa do SUS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p.893-898, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000600002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000600002&script=sci_arttext).  
Acesso em: 22/09/2014.

VERAS, R. A. Envelhecimento, demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública** v. 43, n. 3, p.548-554, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf> Acesso em: 22/09/2014.

YOUNG, P. et al. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. **Rev. Med. Chile.** v. 139, p. 807-813, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n6/art17.pdf>. Acesso em: 26/01/2016.

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nós, Elizabeth Bernardino e Ester do Nascimento Ribas, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, Enfermeiro assistencial do sistema de saúde a participar de um estudo intitulado “Enfermeira de ligação como estratégia de integração da rede SUS/Curitiba. É por meio das pesquisas científicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar a viabilidade da implantação da enfermeira de ligação como estratégia de integração na rede SUS Curitiba.

b) Caso você participe da pesquisa será necessário que você participe de seminários para a discussão sobre a integralidade do cuidado e sua importância no contexto assistencial, bem como, a importância sobre a integração entre os serviços; será necessário que você realize um plano de alta dos pacientes crônicos com necessidade de continuidade dos cuidados através do formulário de alta, previamente discutido no seminário; será necessário que você responda um questionário semi-estruturado a respeito de como desenvolveu a estratégia de identificação do paciente e da alta, será realizado durante o seu turno de trabalho.

c) Não está previsto nenhum risco, mas se apresentar algum desconforto ou constrangimento ou algum outro sentimento de qualquer natureza comunique o pesquisador e o processo será interrompido a qualquer momento, podendo ser retomado conforme seu desejo.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecer o perfil assistencial dos pacientes crônicos da rede SUS Curitiba, identificar as dificuldades dos enfermeiros que fazem a contrarreferência, identificar os benefícios e a percepção dos usuários em relação a contra – referência e propor estratégias de contra – referência para a rede SUS/Curitiba com a contribuição do enfermeiro de ligação.

e) Os pesquisadores, Prof. Dra. Elizabeth Bernardino (Fone: 41 8873-5514, e-mail: [elizabeth.bernardino@hotmail.com](mailto:elizabeth.bernardino@hotmail.com)) e Enf. Mda. Ester do Nascimento Ribas (Fone: 41 9673-6400, e-mail: [ester.ribas@terra.com.br](mailto:ester.ribas@terra.com.br)), responsáveis por este estudo poderão ser contatados pelos telefones ou e-mails acima para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhes as informações que queira, antes, durante ou depois do estudo encerrado o estudo.

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências  
da Saúde da UFPR

f) A sua participação é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

g) As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas apenas pelos pesquisadores e quando os resultados forem publicados em revistas científicas, será feito sob o uso de códigos de forma que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

h) Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores. Neste estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá despesa de qualquer natureza.

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios.

Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou responsável legal

Curitiba \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da  
Saúde da UFPR  
Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica@ufpr.br

**APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA A CONTRA-REFERÊNCIA****FORMULÁRIO DE CONTRA REFERÊNCIA****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:

Nome \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ mãe:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Próxima: \_\_\_\_\_

Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefone do cuidador: ( ) \_\_\_\_\_

**DADOS DO INTERNAMENTO**Hospital \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_ de  
internação: \_\_\_\_\_

Enfermeira responsável: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nº Registro no hospital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da Internação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo da internação: \_\_\_\_\_

**DADOS DA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA**

Unidade Saúde de referência: \_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Enfermeira de referência: \_\_\_\_\_ Data da consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

**RESUMO DE ALTA**


---



---



---



---

**DADOS DE RETORNO AO HOSPITAL - CONSULTA AMBULATORIAL DE RETORNO**

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

Ambulatório: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Enfermeiro

APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENFERMEIROS DO HOSPITAL E DA UPA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Caracterização do sujeito

Código de identificação:		
Data:	Início da Entrevista:	Fim da entrevista:
Sexo: M ( ) F ( )	Idade:	
Ano de graduação:	Tempo de atuação no hospital:	
Cargo:		
Qualificação: ( )	Especialização/área:	
Mestrado/ área:		
Doutorado/ área:		

Questões

1. Você conhece o projeto - Enfermeira de ligação: estratégia de integração entre hospital e unidade básica de saúde?
2. Em relação à última reunião o que as mudanças contribuíram para o desempenho da enfermeira de ligação?
3. Quais foram às dificuldades encontradas na função de enfermeira de ligação?
4. Quais foram os benefícios da função enfermeiro de ligação?
5. Como foi a experiência em participar deste projeto?

## APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE

#### Caracterização do sujeito

Código de identificação:		
Data:	Início da Entrevista:	Fim da entrevista:
Sexo: M( ) F ( )	Idade:	
Ano de graduação:	Tempo de atuação no hospital:	
Cargo:		
Qualificação: ( )	Especialização/área:	
Mestrado/ área:		
Doutorado/ área:		

#### Questões

Em relação ao projeto:
1. Como você ficou sabendo do projeto?
2. Quando foi realizado o contato você já sabia do projeto?
Em relação ao processo?
3. O contato foi realizado por telefone. O que achou desta forma de contato?
4. Quanto as informações repassadas referente ao paciente, foram suficientes? Você recebeu o documento de alta referente o caso pela coordenação local?
Em relação ao paciente:



## ANEXOS





**NÍVEL DE AUTONOMIA / INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

Observação: Para cada categoria escrever o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige para realização de tarefas motoras conforme o quadro abaixo:

- Independência completa
- Ajuda técnica
- Supervisão/estímulo/preparo
- Assistência mínima
- Assistência moderada
- Assistência máxima
- Dependência total

- Alimentação: \_\_\_\_\_
- Higiene pessoal: \_\_\_\_\_
- Banho (lavar o corpo): \_\_\_\_\_
- Vestir-se: \_\_\_\_\_
- Uso do vaso sanitário: \_\_\_\_\_
- Locomoção: \_\_\_\_\_
- Transferências (Leito/cadeira/banheiro): \_\_\_\_\_

**NECESSIDADES APRESENTADAS NA ALTA**

- Crânio:  Sem anormalidades  Incisão cirúrgica  Drenos  Lesões no couro cabeludo \_\_\_\_\_
- Face:  Sem anormalidades  Incisão cirúrgica  SNG  SNE \_\_\_\_\_
- Pescoço:  Sem anormalidades  Linfonodos  Tireóide aumentada  Incisão cirúrgica  Traqueostomia \_\_\_\_\_
- Tórax:  Sem normalidades  Com alteração anatómica  Diminuição da expansão torácica  Incisão cirúrgica \_\_\_\_\_
- Drenos \_\_\_\_\_
- Mamas:  Sem alterações  Presença de nódulos palpáveis D/E  Escoriações D/E  Fissuras D/E \_\_\_\_\_
- Ausculta Pulmonar:  Normal  MV diminuídos  Roncos  Estertores  Sibilos \_\_\_\_\_
- Oxigenação:  Ar ambiente  Oxigenioterapia  Traqueostomizado \_\_\_\_\_
- Coração:  Ritmo normal  Taquicardia  Bradicardia  Galope  Presença de sopros  Arritmia \_\_\_\_\_
- Abdome:  Indolor  Plano  Globoso  Ascítico  Flácido à palpação  RHA +  RHA -  Presença de Dor \_\_\_\_\_
- Incisão cirúrgica  Gastrostomia  Ileostomia  Jejunostomia  Colostomia  Drenos \_\_\_\_\_
- Geniturinário:  Sem alterações anatómicas  Lesão no órgão genital  SVD  SVA  Pormada \_\_\_\_\_
- Membros superiores:  Sensibilidade e força motora preservada D/E  Pulsos periféricos palpáveis  Paresia D/E \_\_\_\_\_
- Plegia D/E  Edema D/E  Amputação D/E  Gesso D/E  Tala gessada D/E  Outros: \_\_\_\_\_
- Membros inferiores:  Sensibilidade e força motora preservada D/E  Pulso \_\_\_\_\_ não palpável \_\_\_\_\_
- Plegia D/E  Paresia D/E  Edema D/E  Amputação D/E \_\_\_\_\_  Varizes \_\_\_\_\_
- Cianose de extremidades D/E  Gesso D/E  Tala gessada D/E  Outros: \_\_\_\_\_
- Úlceras:
- Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Tto. Utilizado/Curativo: \_\_\_\_\_
- Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Tto. Utilizado/Curativo: \_\_\_\_\_
- Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Tto. Utilizado/Curativo: \_\_\_\_\_
- Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_ Tto. Utilizado/Curativo: \_\_\_\_\_
- Dieta:  Sólida  Pastosa  Semi-líquida  Líquida  Hipossódica  Assódica  Diet \_\_\_\_\_
- Hipogordurosa  Especial: \_\_\_\_\_  Outra: \_\_\_\_\_

**RETORNO AO HOSPITAL (CONSULTA AMBULATORIAL)**

- Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Ambulatório: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_
- Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Ambulatório: \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE ALTA**


**PLANO DE ALTA**

Prescrição	Aprazamento

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_