

Revascularização miocárdica: fatores interventores na referência e contrarreferência no cenário hospitalar

Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in the hospital setting

Revascularización miocárdica: factores interventores en la referencia y contrarreferencia en el escenario hospitalario

Kamylla Santos da Cunha¹, Carolina Kahl¹, Cintia Koerich¹, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹, Alacoque Lorenzini Erdmann¹, Betina Hörner Schlindwein Meirelles¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil.

¹¹ Hospital Infantil Joana de Gusmão, Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. São José-SC, Brasil.

Como citar este artigo:

Cunha KS, Kahl C, Koerich C, Lanzoni GMM, Erdmann AL, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in the hospital setting. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(4):1817-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0218>

Submissão: 06-04-2017

Aprovação: 03-07-2017

RESUMO

Objetivo: Compreender os fatores interventores no processo de referência e contrarreferência do indivíduo com cardiopatia no cenário da alta complexidade na rede de atenção à saúde. **Métodos:** Pesquisa ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados. Totalizou 21 participantes. O cenário de coleta de dados foi um hospital referência cardiovascular no sul do Brasil e ocorreu entre março e junho de 2014. **Resultados:** Evidencia-se como fatores interventores no processo de referência a dificuldade de acesso aos pontos da rede e a telemedicina e a central de regulação para gestão do fluxo de pacientes na rede. Na contrarreferência, o vínculo com o hospital e a ausência de comunicação entre os profissionais da rede. **Conclusão:** Revela a necessidade de reorganização do fluxo de atendimento na RAS, potencializando a APS, expandindo a atuação da média complexidade e ampliando a capacidade da alta complexidade a fim de efetivar o processo de referência e contrarreferência. **Descritores:** Revascularização Miocárdica; Acesso aos Serviços de Saúde; Integralidade em Saúde; Gestão em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand the intervening factors in the process of reference and counter-reference of the individual with heart disease in the scenario of high complexity in the health care network. **Method:** Research anchored in the Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados). It totaled 21 participants. The data collection scenario was a cardiovascular reference hospital in the south of Brazil and occurred between March and June 2014. **Results:** The intervening factors in the reference process were the difficulty to access the points of the network and telemedicine and the central to manage the flow of patients in the network. In the counter-reference, there was a link with the hospital and the lack of communication among network professionals. **Conclusion:** It reveals the need to reorganize the service flow in HCN, enhancing PHC, expanding the performance of medium complexity and increasing the capacity of high complexity in order to carry out the process of reference and counter-reference. **Descriptors:** Myocardial Revascularization; Access to Health Services; Integrality in Health; Health Management; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comprender los factores interventores en el proceso de referencia y contrarreferencia del individuo con cardiopatía en el escenario de la alta complejidad en la red de atención a la salud. **Métodos:** Investigación anclada en la Teoría Fundamentada en Datos. Totalizó a 21 participantes. El escenario de recolección de datos fue un hospital referencia cardiovascular en el sur de Brasil y ocurrió entre marzo y junio de 2014. **Resultados:** Se evidencia como factores interventores en el proceso de referencia la dificultad del acceso a los puntos de la red y la telemedicina y la central de regulación para gestión del flujo de pacientes en la red. En la contrarreferencia, el vínculo con el hospital y la ausencia de comunicación entre los profesionales de la red. **Conclusión:** Se revela la necesidad de reorganización del flujo de atención en la RAS, potenciando la APS, expandiendo la

actuación de la media complejidad y ampliando la capacidad de la alta complejidad a fin de ejecutar el proceso de referencia y contrarreferencia.

Descritores: Revascularización Miocárdica; Acceso a los Servicios de Salud; Integralidad en Salud; Gestión de la Salud; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE **Cintia Koerich** E-mail: cintia.koerich@gmail.com

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) lideram a lista das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo responsáveis pelas maiores causas de morte a nível nacional e mundial⁽¹⁾. Embora os fatores de risco das DCV possam ser preveníveis por meio do gerenciamento e acompanhamento do estilo de vida⁽²⁾, em 2015 a insuficiência cardíaca atingiu 1.124.156 internações, sendo a terceira maior causa de hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽³⁾.

Paralelo ao aumento das hospitalizações, a necessidade da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) é crescente, sendo esta uma intervenção cuja finalidade é corrigir a isquemia miocárdica, por obstrução das artérias coronárias, preservando a função cardíaca e ampliando a expectativa de vida⁽⁴⁾. Esse panorama chama a atenção de instâncias gestoras do SUS para um olhar ampliado aos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a fim de identificar gargalos de acesso ao sistema que dificultam o acompanhamento à saúde dessa população em tempo hábil⁽⁵⁾.

A RAS pauta-se no princípio da integralidade, priorizando que os cuidados à saúde sejam realizados de forma longitudinal, referenciando o indivíduo da Atenção Primária à Saúde (APS) aos pontos especializados nas situações ou problemas de saúde que requererem resolução tecnológica apropriada, garantindo a continuidade do cuidado⁽⁶⁻⁷⁾. Nesse contexto, o processo de referência e contrarreferência dentro da RAS é um organizador de fluxo que, por meio da comunicação entre os pontos da rede busca integrar o sistema favorecendo o acesso, a continuidade da atenção e a racionalização dos recursos⁽⁸⁾. No entanto, esse fluxo apresenta fragilidades referente à desigualdade entre a demanda e a oferta de serviços especializados⁽⁷⁾.

Em alguns países, como na Noruega, por exemplo, a maioria das consultas de tratamento e prevenção da saúde ocorre nos municípios em nível de APS e são financiadas pelo governo. Os pacientes são encaminhados para cuidados especializados quando o médico da família detecta a necessidade. A lei dos direitos do paciente norueguesa garante acesso igualitário aos serviços especializados eletivos por meio da definição de tempo de espera aceitável. Neste, como em outros países europeus, como: Suécia, Itália, Reino Unido, Finlândia, Dinamarca e Países Baixos as garantias máximas de tempo de espera são comuns⁽⁹⁾.

Apesar de a RAS não apresentar em sua política, restrição em relação ao tempo de espera para encaminhamento para serviços especializados, importa aos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, que comumente gerencia os serviços de saúde e de Enfermagem, a compreensão de fatores que facilitam ou dificultam a referência e contrarreferência nos serviços de saúde do indivíduo com cardiopatia/indicação de CRM na RAS. Desta forma, estes profissionais poderão atuar como gestores/cogestores reconhecendo a necessidade e possibilidade de referência do

usuário a outro ponto da rede, ordenando e orientando os caminhos a serem percorridos, contribuindo para a resolução das necessidades de saúde, favorecendo o fluxo destes pacientes nos diversos serviços do SUS e contribuindo com o desenvolvimento e fortalecimento de políticas públicas que garantam o acesso dessa população aos serviços de saúde necessários em tempo hábil.

Diante dos apontamentos destacados, este estudo objetiva compreender os fatores intervenores no processo de referência e contrarreferência do indivíduo com cardiopatia no cenário de alta complexidade na rede de atenção à saúde no SUS.

OBJETIVO

Compreender os fatores intervenores no processo de referência e contrarreferência do indivíduo com cardiopatia no cenário de alta complexidade na rede de atenção à saúde no SUS.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo faz parte de um macroprojeto intitulado “Paciente Cardíaco Revascularizado: Processo de Referência e Contrarreferência dos Serviços de Saúde de Santa Catarina” e atendeu aos preceitos éticos da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra E seguida do número correspondente à ordem da entrevista para designá-los (E1, E2, E3...) e da indicação do grupo amostral – primeiro grupo (G1), segundo grupo (G2), terceiro grupo (G3) – da seguinte forma: (E1G1); (E1G2); (E1G3).

Referencial teórico-metodológico e Tipo de estudo

Pesquisa qualitativa, a qual utilizou como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados, que busca a compreensão dos fenômenos emergidos das relações e interações entre as pessoas a partir dos significados por elas atribuídos, orientando a análise sistemática dos dados de forma que estrutura e processo sejam integrados⁽¹⁰⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O cenário de coleta de dados foi um hospital de referência cardiovascular no Estado de Santa Catarina.

Fonte de dados

Constituíram este estudo 21 participantes que foram selecionados aleatoriamente e distribuídos em três grupos amostrais, conduzidos por uma questão central e ampla⁽¹⁰⁾, como ilustrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação dos grupos amostrais

Grupos	Participantes	Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão	Questões
1º Grupo amostral	07 pacientes	Adultos de ambos os sexos, com indicação/ submetidos à CRM internados no hospital (aleatório)	Menores de 18 anos ou sem condições clínicas de responder a entrevista	Fale-me sobre seu acompanhamento de saúde antes da internação
2º Grupo amostral	09 profissionais de saúde (05 enfermeiros, 02 médicos, 01 assistente social e 01 educador físico)	Profissionais de saúde do hospital que realizassem assistência a pacientes com indicação/ submetidos a CRM há pelo menos seis meses (bola de neve)	Profissionais afastados do trabalho durante o período de coleta de dados	Como você vivencia o processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/ submetida à CRM?
3º Grupo amostral	05 profissionais do complexo regulatório de Santa Catarina	Profissionais vinculados ao complexo regulatório de Santa Catarina (bola de neve)		Como a regulação Estadual contribui para o processo de referência e contrarreferência da pessoa com indicação/ submetida à CRM?

Nota: CRM - Cirurgia de Revascularização do Miocárdio.

Coleta, organização e análise dos dados

A coleta e análise dos dados ocorreu concomitantemente entre março a junho de 2014 por meio de entrevistas abertas e individuais, registradas em dispositivo digital de voz.

O processo de análise seguiu as três codificações preconizadas pelo método, codificação aberta, axial e seletiva⁽¹⁰⁾. Na codificação aberta, os dados foram analisados linha por linha com o objetivo de identificar cada incidente. Foram gerados códigos que, depois de agrupados, promoveram a elaboração dos conceitos. Na codificação axial, os dados foram reagrupados, visando obter uma explicação mais clara e completa sobre o fenômeno, relacionando categorias às suas subcategorias. Na fase da codificação seletiva, as categorias e subcategorias encontradas foram comparadas e analisadas com o objetivo de fazer emergir o fenômeno deste estudo “Emergindo a alta complexidade como referência para a pessoa submetida à cirurgia de revascularização miocárdica diante da fragilidade da Atenção Básica no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no SUS”. Este estudo segue o modelo paradigmático composto por cinco componentes (contexto, condições causais, condições intervenoras, estratégias e consequências). Devido à importância e relevância do componente “condições intervenoras” optou-se aprofundar a discussão de seus achados⁽¹⁰⁾. Alcançou-se a saturação dos dados com a repetição das informações e consolidação das categorias encontradas⁽¹⁰⁾, sendo estas “Identificando fragilidades no acesso aos pontos da Rede de Atenção à Saúde no processo de referência para cirurgia de revascularização do miocárdio”; “Destacando a central de regulação estadual para gestão do fluxo de referência na rede de atenção à saúde” e “Emergindo o vínculo de confiança do paciente submetido à CRM com a alta complexidade e as dificuldades para contrarreferência”.

O software NVIVO® foi utilizado para organização dos dados durante a codificação.

RESULTADOS

Da análise dos dados do componente “condições intervenoras” desvelaram-se três categorias que elucidam os fatores intervenores

ao processo de referência e contrarreferência do indivíduo com cardiopatia com enfoque na alta complexidade em saúde.

Na primeira categoria, “Identificando fragilidades no acesso aos pontos da Rede de Atenção à Saúde no processo de referência para cirurgia de revascularização do miocárdio” aponta-se dificuldade de acesso à APS e à média complexidade evidenciada pelo tempo prolongado para agendamento de consulta médica e de especialista devido ao quantitativo reduzido destes profissionais nesses cenários. Assim, considerando a gravidade do quadro clínico, os pacientes acabam buscando atendimento na emergência hospitalar ou no setor privado. O número reduzido de cardiologistas na RAS é destacado como principal obstáculo para a referência dos indivíduos com cardiopatia à alta complexidade, reprimindo inclusive a demanda para consultas com cirurgião cardíaco.

A oferta de consulta com um cirurgião cardíaco é suficiente, até sobra, só que a oferta de consulta com o cardiologista, não.

[...] tem muitos pacientes que não chegam ao cirurgião cardíaco por não ter passado pelo cardiologista. (E20G3)

Outro fator potencial no acesso para CRM refere-se à alta demanda de encaminhamentos advindos da APS, relacionada neste estudo ao pouco preparo dos profissionais para atender determinados problemas de saúde, entendidos como complexos e necessitando de avaliação especializada. A telemedicina é mencionada como suporte para o médico da família na APS na tentativa de instruí-lo e dar maior resolutividade, evitando encaminhamentos desnecessários.

Os pacientes referem não ter realizado consulta com o Enfermeiro tanto na APS quanto na média complexidade antes da internação hospitalar. O acompanhamento de saúde com o Enfermeiro se dá normalmente por meio de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças previstos pelo ministério da saúde.

Fatores estruturais também contribuem para a dificuldade no acesso à CRM, como os poucos leitos de internação clínico-cirúrgica, especialmente de UTI. Neste contexto, devido à gravidade com que os pacientes chegam à instituição hospitalar, geralmente pela emergência, a indicação de CRM de urgência

faz com que os pacientes internados tenham que aguardam a por um período maior pela CRM.

[...] na emergência quem chega mais grave do que quem está internado é o primeiro a ser operado, então a gente fica para trás. (E3G1)

Desta forma, a instituição hospitalar acaba regulando internamente o fluxo de pacientes para CRM, incluindo os leitos de UTI, considerando que esses leitos são insuficientes para atender à necessidade de CRM detectadas na instituição e que a permanência neste setor é prolongada devido à gravidade dos pacientes operados e intercorrências associadas.

Nesse contexto, em relação aos casos agudos, pode-se afirmar que a referência do indivíduo com cardiopatia praticamente não acontece, considerando questões que envolvem a dificuldade de acesso aos pontos da RAS, como o preparo incipiente do profissional da APS para atender pacientes mais complexos, a falta de especialistas na média complexidade e a pouca estrutura na alta complexidade evidenciada pela falta de leitos.

A segunda categoria “Destacando a central de regulação estadual para gestão do fluxo de referência na rede de atenção à saúde” destaca dificuldades no manejo do Sistema de Regulação Estadual (SISREG) para gestão do fluxo de referência na RAS. O Estado de Santa Catarina possui oito centrais de regulação informatizadas, distribuídas em regionais de saúde que regulam consultas com especialistas, exames e leitos de alta complexidade, utilizando o SISREG como sistema informatizado oficial. Neste cenário, os reguladores, em sua maioria médicos especialistas, se deparam frequentemente com encaminhamentos e solicitação de exames preenchidos de forma inadequada, considerando a necessidade de detalhamento do quadro clínico do paciente e da justificativa do encaminhamento ou exame para serem regulados.

Às vezes ele [profissional da regulação] devolve o encaminhamento [para APS] para inserir os dados clínicos da solicitação que faltam [...] também devolve exames, acontece muito. (E16G3)

Em relação à regulação de leitos de alta complexidade por meio do SISREG, a não atualização do sistema foi apontada como principal entrave para seu funcionamento. Assim, a regulação de leitos de UTI no Estado ainda depende da central de regulação telefonar para as UTIs para confirmar a vaga disponibilizada no sistema.

Nós vemos no SISREG duas vagas em UTI, só que na verdade o hospital não atualizou o sistema e de fato essas vagas não existem, estão ocupadas. (E20G3)

Em suma, revela-se a central de regulação como instância com potencial para gerenciar o fluxo do indivíduo com cardiopatia na RAS, no entanto, a pouca qualidade dos registros de encaminhamentos e exames e a não atualização da ocupação de leitos pelos profissionais no SISREG foram destacados como fatores que interferem negativamente no processo regulatório e consequentemente no processo de referência destes pacientes.

A terceira categoria “Emergindo o vínculo de confiança do paciente submetido à CRM com a alta complexidade e as dificuldades para contrarreferência” aponta as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da alta complexidade para contrarreferenciar o paciente após a CRM, considerando que o processo de referência geralmente não acontece e pela condição clínica desse paciente para acompanhamento na APS. Este, por sua vez, relata a dificuldade de acesso à APS e média complexidade e oferta incipiente de serviços para seu acompanhamento após a CRM, resultando na procura pelo ambulatório e setor de reabilitação cardíaca da própria instituição.

O paciente recém-revascularizado é muito instável, se tu mandas para a APS ele vai acabar na emergência novamente. (E20G3)

Após a estabilidade clínica, os profissionais da alta complexidade orientam os pacientes a procurar a APS, porém o vínculo de confiança entre equipe hospitalar e paciente prevalece, ocasionando no retorno do paciente ao hospital diante de qualquer necessidade.

No contexto hospitalar e ambulatorial, o Enfermeiro tem sua atuação voltada às orientações para os cuidados de saúde durante a internação e após a alta hospitalar incluindo a reabilitação cardíaca. No entanto, o contato com a equipe da APS para dar seguimento ao plano de cuidados após a alta acaba não sendo priorizado. Desta forma, uma fragilidade destacada no processo de contrarreferência do paciente após a CRM é a comunicação entre os profissionais da rede.

Algo que ajudaria muito na contrarreferência é a unificação dos prontuários e o prontuário eletrônico, [...] onde você pode ver as consultas, exames que o paciente já fez, [...] é melhor do que começar o acompanhamento do zero. (E20G3)

Assim, a utilização de um sistema de informação integrado, disponível tanto para o Estado, quanto para municípios, o qual permitisse visualizar as informações do paciente em qualquer ponto da rede foi citado como essencial para facilitar a comunicação entre os profissionais na RAS e para o processo de contrarreferência.

DISCUSSÃO

A principal barreira no processo de referência do indivíduo com cardiopatia/indicação de CRM encontra-se no acesso aos serviços de saúde evidenciada neste estudo pela dificuldade na marcação de consulta com o médico da família na APS e falta de especialistas na média complexidade, neste caso, cardiologista.

Estudo afirma que os limites na acessibilidade à APS estão relacionados à morosidade na marcação de consultas para médico da família e especialistas, bem como oferta inadequada de serviços em virtude da demanda reprimida neste ponto⁽¹¹⁾. Neste sentido, ao analisar a descentralização da gestão da saúde nos municípios e suas implicações para o acesso dos usuários no Brasil, identificou-se a necessidade de maior número de profissionais e equipes de saúde da família para melhorar o acesso à APS⁽¹²⁾. Ainda, nos Estados Unidos da América, estudo revelou como entrave no acesso da população aos cuidados

de saúde na APS a falta de médicos, sugerindo que a atuação de uma equipe multiprofissional e o auxílio de tecnologias de registros eletrônicos podem possibilitar a melhoria do acesso e fluxo na referência dos pacientes⁽¹³⁾.

Considerando a atuação de uma equipe multidisciplinar para garantia do acesso, ao analisar práticas de cuidado de Enfermeiros na APS em um estado do nordeste do Brasil, observou-se a importância da consulta de enfermagem para o cuidado à saúde por meio do diálogo e de orientações, sendo um momento de aproximação e interação com os usuários, facilitando a formação de vínculo. Evidenciou a pouca adesão dos usuários às atividades educativas realizadas na UBS, carecendo de maiores estímulos por parte dos enfermeiros⁽¹⁴⁾.

Estudo realizado em Cingapura com pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio observou que o acompanhamento destes em domicílio, com foco no autocuidado antes da CRM, melhorou o índice de atividade física, diminuiu a dependência, as dúvidas em relação ao tratamento medicamentoso, o nível de ansiedade e o índice de massa corporal, assim como reduziu a procura pela emergência hospitalar e consulta médica⁽¹⁵⁾, sugerindo a importância da atuação do Enfermeiro na APS.

Na APS foi percebido que há necessidade de qualificação do atendimento principalmente por parte dos médicos da família. Neste contexto, estudo afirma que a qualificação pode ocorrer a partir da capacitação profissional e elaboração de protocolos clínicos, que auxiliem a prática destes profissionais e evitem encaminhamentos a especialistas que acabam sobrecarregando o sistema⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Experiências na Itália mostram que pacientes que recebem cuidados e são acompanhados em serviços de APS com enfoque em doenças crônicas, ou seja, qualificados para atender demanda específica, buscam menos os serviços de emergência e tem menor necessidade de internação hospitalar do que pacientes que não fazem acompanhamento⁽¹⁸⁾, enfatizando a necessidade de fortalecimento da APS por meio da qualificação profissional para realizar este suporte ao paciente.

Ainda a telemedicina, como parte dos serviços que auxiliam na referência do indivíduo com cardiopatia, busca proporcionar resolutividade ao atendimento em saúde destes indivíduos ainda na APS, disponibilizando laudos de exames e possibilitando discussão de casos clínicos entre profissionais generalistas e especialistas. Nos EUA, a telemedicina é apontada como uma tecnologia que pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde como também melhorar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas afastadas dos grandes centros urbanos⁽¹⁹⁾.

Apesar de não ser mencionada nos resultados deste estudo, para a enfermagem, a telecomunicação está em processo de consolidação e regulamentação por meio da telenfermagem, instrumento que visa à qualificação do cuidado potencializando as dimensões do ensino e da prática, com auxílio de profissional especializado. Destacam-se os desafios éticos, políticos, sociais e econômicos da incorporação desta ferramenta⁽²⁰⁾, que se mostra promissora no cuidado de Enfermagem ao paciente com cardiopatias em outras realidades, especialmente na condição crônica⁽²¹⁾.

Neste estudo, a falta de cardiologista na média complexidade impossibilitou a referência do paciente com cardiopatia na RAS. Quando analisado os mecanismos utilizados pela gestão do SUS para garantia do acesso à média complexidade, este é desvelado

como o grande “gargalo” do sistema em virtude da escassez de vagas para consultas com especialistas⁽¹⁶⁾. Essa dificuldade no acesso aos serviços de saúde faz com que o usuário tenha que recorrer a serviços privados para consulta com cardiologistas e exames diagnósticos, o que acaba por interferir na integralidade da atenção à saúde dessa população⁽²²⁾.

Dada à relevância do fluxo de pacientes na rede, conforme é preconizado no SUS, fica evidente a procura do paciente por outros serviços em busca do acesso e otimização do tempo de espera pela CRM. O tempo de espera para tratamento eletivo é a principal preocupação das políticas de saúde em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) e deve incluir desde o aguardo da primeira consulta e exames diagnósticos até a cirurgia ou procedimento, uma vez que, quanto maior a morosidade, maior a mortalidade neste período⁽²³⁻²⁴⁾. Desta forma, enquanto nos EUA o tempo de espera para a intervenção da maioria dos pacientes para CRM ocorre em aproximadamente 72 horas, no Reino Unido os pacientes esperam aproximadamente três meses⁽²⁵⁾, este se aproximando dos índices brasileiros.

Diante da problemática apontada, os serviços de urgência e emergência do SUS passam a ficar sobrecarregados, enfrentando problemas como a oferta insuficiente de leitos hospitalares, que acaba por prolongar a internação dos pacientes, promovendo o agravamento dos quadros de urgência e resultando em maior morbimortalidade e sequelas para o usuário⁽²⁶⁻²⁸⁾, necessitando de maiores investimentos em infraestrutura e de políticas públicas que evitem que o paciente procure os serviços de alta complexidade devido ao agravamento das condições clínicas da doença.

A função do Estado de ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde está sob responsabilidade do Complexo Regulador, o qual deve adequar a oferta à demanda por meio da avaliação contínua dos indicadores de saúde visando acesso equânime⁽²⁹⁾. Neste sentido, a regulação estadual aparece nos resultados como potencial instrumento de gestão do fluxo na RAS. Esta utiliza o SISREG, sistema informatizado disponibilizado pelo Ministério da Saúde que funciona como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e integralidade, que busca planejar e organizar o fluxo dos pacientes para o acesso à média e alta complexidade⁽³⁰⁾.

Destacando os resultados deste estudo no que diz respeito ao preenchimento de encaminhamentos na APS e atualização dos leitos na alta complexidade por meio do SISREG, uma questão importante é a capacitação e conscientização dos profissionais nestes cenários. A utilização de protocolos é uma estratégia para encaminhamento adequado do paciente via SISREG na APS, objetivando facilitar a comunicação entre os profissionais solicitantes e os reguladores⁽³¹⁾.

No processo de garantia de acesso integral e equânime, embora neste estudo a atuação do enfermeiro junto ao processo de regulação não tenha sido foco da investigação, este tem contribuído para implantação das ferramentas de regulação, participado ativamente da elaboração de protocolos clínicos e de classificação de prioridade de atendimento, bem como, ocupado posições estratégicas que exigem domínio técnico e gerencial⁽³²⁾. Neste tocante, enfermeiros envolvidos na Regulação, apontam como essencial o investimento institucional com a sensibilização e treinamentos as equipes de saúde municipais, considerando como fator motivador para incorporação da

ferramenta na dinâmica de trabalho e qualificação das solicitações e encaminhamentos⁽³²⁾.

Ainda, corroborando com este estudo, no Rio de Janeiro, a Central de Regulação mostra dificuldade na governabilidade dos leitos de alta complexidade, em especial de UTI, considerando a má distribuição dos leitos, com carência no setor público e maior concentração na região metropolitana, apontando para falhas no fluxo entre os pontos da RAS, resultando em dificuldade de acesso como também na referência dos pacientes⁽³³⁾.

Para a contrarreferência do paciente submetido à CRM a comunicação entre os profissionais na RAS é citada como fator primordial. Destaca-se, neste sentido, a importância do registro e compartilhamento de informações sobre o paciente. Estudo realizado em Montes Claros (MG) destaca a inexistência de um prontuário eletrônico unificado na RAS e justifica a necessidade de implantação de sistemas de gerenciamento que consigam integrar os prontuários, facilitando a intercomunicação entre os serviços de saúde, organizando o atendimento e contribuindo para a resolutividade e integralidade do cuidado⁽³⁴⁾ considerando que a ausência de um mecanismo formal de contrarreferência para o paciente repercute diretamente em seu acompanhamento de saúde após a alta hospitalar⁽³⁵⁾.

No processo de contrarreferência é observado ainda o vínculo dos pacientes com os profissionais da alta complexidade e a resistência destes em contrarreferenciar o paciente para a APS. Neste sentido, estudo que buscou avaliar o acompanhamento cardiológico e o risco de óbito após a alta hospitalar para pacientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção ventricular esquerda reduzida concluiu que, após a alta, pacientes acompanhados por cardiologistas tiveram mortalidade menor em 30 dias e em um ano se comparado aos que foram acompanhados pelo clínico geral (médicos de família)⁽³⁶⁾ o que pode justificar a conduta destes profissionais.

Em contrapartida, estudo realizado no sul do Brasil com pacientes com Tuberculose apresenta um modelo de gestão de cuidado que pode ser adaptado a outros grupos de pacientes com necessidades de cuidados e tratamento em longo prazo, como no caso do paciente acometido por DCV. O modelo prevê consultas de enfermagem pré-alta, a nível intra-hospitalar, antes e após contato com o Enfermeiro da APS, visando passar informações, agendar a primeira consulta de acompanhamento para o paciente e programar o apoio matricial de serviço especializado na APS garantindo a integralidade e continuidade do cuidado⁽³⁷⁾.

Limitações do estudo

Embora este estudo seja limitado ao cenário da alta complexidade em saúde, os resultados destacam os principais entraves no processo de referência e contrarreferência do indivíduo submetido à CRM para acompanhamento de saúde na RAS.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os resultados fornecem subsídios para reorganização do processo de referência e contrarreferência do indivíduo acometido por DCV no SUS a fim de tornar seu atendimento viável e qualificado. Ainda apresenta importantes espaços para incremento da atuação do Enfermeiro nos diversos pontos da RAS, em especial na APS, considerando sua atribuição de coordenador do cuidado e profissional preparado para contribuir com a gestão do fluxo de pacientes no pré e pós-operatório de CRM e acompanhamento longitudinal. Destaca-se que para além da prática clínica, os enfermeiros têm se posicionado como lideranças, ocupando cargos estratégicos junto ao núcleo gestor do complexo regulador de municípios⁽³²⁾, apontado a importante contribuição da enfermagem na vinculação dos usuários com a APS, bem como com o fortalecimento do acesso ágil e seguro aos serviços de saúde da RAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado deste estudo apresenta como principal fator interventor no processo de referência do indivíduo com cardiopatia a dificuldade no acesso para acompanhamento de saúde, evidenciado pela falta médico da família na APS e de cardiologista na média complexidade, a necessidade de capacitação da APS e a falta de leitos no cenário hospitalar.

Destaca-se a central de regulação estadual e a telemedicina como instrumentos gerenciais para efetivação do processo de referência do indivíduo acometido por DCV, porém evidencia-se a necessidade de preparo e conscientização dos profissionais para o uso adequado do SISREG, assim como destaca-se a dificuldade na regulação de leitos de UTI.

O prontuário eletrônico integrado foi apontado como tecnologia primordial para facilitar a comunicação entre os pontos da rede e viabilizar o processo de contrarreferência do indivíduo submetido à CRM diante do vínculo com a atenção hospitalar.

Por fim, o estudo revela a necessidade de reorganização do fluxo de atendimento na RAS, potencializando a APS a fim de garantir seu papel de ordenadora do cuidado, expandindo a atuação da média complexidade e ampliando a capacidade da alta complexidade no sentido de facilitar o acesso à estes serviços e efetivar o processo de referência e contrarreferência do indivíduo acometido por DCV.

FOMENTO

Este estudo recebeu suporte financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) por meio processo n. 1459/2012.

REFERÊNCIAS

1. Ducan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: priorities for disease management and research. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012[cited 2016 Sep 12];46(Supl):126-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>

2. Gomes CM, Capellari C, Pereira DSG, Volkart PR, Moraes AP, Jardim V, et al. Stress and cardiovascular risk: multi-professional intervention in health education. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Apr 04];69(2):351-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/en_0034-7167-reben-69-02-0351.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de informações hospitalares. Internações e valor total de internações segundo capítulo CID-10[Internet]. Brasília, DF: 2013[cited 2016 Oct 24]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>
4. Gomes WJ. On - and off - pump coronary artery bypass surgery: the heart surgeon should master both techniques. *Rev Bras Cir Cardiovasc*[Internet]. 2012[cited 2016 Oct 24];27(2):v-viii. Available from: http://www.bjcv.org/pdfRBCCV/en_v27n2a02.pdf
5. Lavras C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. *Saúde Soc*[Internet]. 2011[cited 2016 Oct 24];20(4):867-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>
6. Veras RP, Caldas CP, Morra LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2014[cited 2016 Oct 24];48(2):357-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0357.pdf>
7. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr GD, Albuquerque PC. From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to the health care network. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014[cited 2016 Oct 24];19(4):1283-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01283.pdf>
8. Brasil. Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde: Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS[Internet]. 2011[cited 2016 Oct 24]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf
9. Johansson KA, Nygaard E, Herlofsen B, Lindemark F. Norwegian Clinical Priority Guidelines Author Group. Implementation of the 2013 amended Patients' Rights Act in Norway: clinical priority guidelines and access to specialised health care. *Health Pol*[Internet]. 2017[cited 2017 Mar 10];50168-8510(17)30035-0. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222905>
10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2016 Oct 24];17(11):2865-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>
12. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Decentralization of health management: the path traveled to date, problematic points and prospects. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 24];21(5):1511-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1511.pdf>
13. Green LV, Savin S, Lu Y. Primary Care physician shortages could be eliminated through use of teams, nonphysicians, and electronic communication. *Health Aff*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 24];32(1):11-19. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/32/1/11.full.pdf+html>
14. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 10];69(6):1124-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1124.pdf>
15. Ettema RG, Hoogendoorn ME, Kalkman CJ, Schuurmans MJ. Desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem para preparar pacientes idosos frágeis para cirurgia cardíaca. *Eur J Cardiovasc Nurs*[Internet]. 2014[cited 2017 Jun 06];13(6):494-505. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515115586904>
16. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. The difficult access to secondary health care services: São Paulo city case study, Brazil. *Physis*[Internet]. 2010[cited 2017 Feb 24];20(3):953-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a14.pdf>
17. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services SESPAS report 2012. *Gac Sanit*[Internet]. 2012[cited 2017 Feb 24];26(S):20-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265645>
18. Salvadori P. Integrated patient-centered care in Community Health Centers in Italy: performance evaluation. *Ig Sanita Pubbl*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 24];72(6):555-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28214908>
19. Potter AJ, Mueller KJ, Mackinney AC, Ward MM. Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. *Rural Remote Health*[Internet]. 2014[cited 2017 Apr 04];14(3):2787. Available: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2787.pdf
20. Dal Sasso GTM. Telenursing in Brazil: concepts and advances. *J Health Inform*[Internet]. 2012[cited 2017 Mar 08];4(NEsp):1. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/256/155>
21. Sharma U, Clarke M. Nurses' and community support workers' experience of telehealth: a longitudinal case study. *BMC Health Serv Res*[Internet]. 2014[cited 2017 Feb 1];14:164-9. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-164>
22. Romano CMC, Scatena JHG, Kehrig RT. Public-private link in the ambulatory care of high and medium complexity within the SUS: the role of the State Health Department of Mato Grosso, Brazil. *Physis*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 10];25(4):1095-115. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01095.pdf>
23. Siciliani L, Moranb V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Pol*[Internet].

- 2014[cited 2017 Feb 1];118(2014):292-303. Available from: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8510\(14\)00226-7](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168-8510(14)00226-7)
24. Amado J, Bento D, Silva D, Chin J, Marques N, Gago P, et al. Changes in referral protocols for cardiac surgery: do financial considerations come at a cost? *Rev Port Cardiol*[Internet]. 2015[cited 2017 Feb 1];34(10):575-81. Available from: [http://www.elsevier.pt/en/linksolver/ft/pii/S0870-2551\(15\)00131-6](http://www.elsevier.pt/en/linksolver/ft/pii/S0870-2551(15)00131-6)
 25. OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators[Internet]. OECD Publishing; 2013[cited 2017 Feb 1]. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
 26. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Health Regulation: challenges to the Unified Health System governance. *Cad Saúde Colet*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 1];24(1):49-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>
 27. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo AS, Silva JRL, Salles AA, et al. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 1];50(19):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902093/>
 28. Fuzinato F, Waldemar FS, Wajner A, Elias CAA, Fernandez JF, Hopf JLS, et al. A clinical decision support system for venous thromboembolism prophylaxis at a general hospital in a middle-income country. *J Bras Pneumol*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 1];39(2):138-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v39n2/1806-3713-jbpneu-39-2-0138.pdf>
 29. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Healthcare regulation and equity promotion: the National Regulation System and the health access in a large municipality. *Saúde Debate*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 08];40(111):63-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/en_0103-1104-sdeb-40-111-0063.pdf
 30. Pinto JR, Carneiro MGD. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2017 Feb 1];58(1):123-8 Available <http://www.redalyc.org/pdf/842/84225063005.pdf>
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília, DF: MS; 2006[cited 2017 Feb 1]. Available from: http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/artigos%20regul%C3%A7%C3%A3o/manual_complexos_reguladores.pdf
 32. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulation in health care: the role of nurses. *Rev Rene*[Internet]. 2016[cited 2017 Feb 1];17(6):820-7. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2481/pdf>
 33. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Access to SUS: representations and practices of professionals developed in Regulation Centers. *Physis*[Internet]. 2012[cited 2017 Feb 1];22(1):119-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
 34. Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Electronic Medical Record: a tool that can contribute to integration of Health Care Networks. *Saúde Debate*[Internet]. 2013[cited 2017 Feb 1];37(96):53-50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100006>
 35. Brito MCC, Freitas CASL, Silva MJ, Albuquerque IMN, Dias MSA. Elderly health care: the referral and counter-referral system in health services. *Rev Pesqui: Cuid Fundam*[Internet]. 2013[cited 2016 Oct 31];6(3):128-38. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2878>
 36. Maddox TM, Ho MP. Health services research in improving the delivery of care for patients with cardiovascular diseases. *Circulation*[Internet]. 2017[cited 2017 Mar 1];135:403-405 Available from: <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022877>
 37. Coelho APC, Larocca LM, Chaves MMN, Felix JVC, Bernardino E, Alessi SM. Healthcare management of tuberculosis: integrating a teaching hospital into primary health care. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 10];25(2):e0970015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0970015.pdf>
-