



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

CAROLINA DA SILVA MARCOLINO

**A INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE - MS

2023

CAROLINA DA SILVA MARCOLINO

**A INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família
SESAU/FIOCRUZ, de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Alline Lam Orué

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS

2023



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

TERMO DE APROVAÇÃO

**A INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO
SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS**

por

CAROLINA DA SILVA MARCOLINO

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi apresentado no dia 02 de Fevereiro de 2023, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

BANCA EXAMINADORA

Alline Lam Orué

Orientadora Mestre em Saúde da Família

Lara Paixão

Doutora em Saúde Pública

Moyses Martins Tosta Storti

Mestre em Saúde da Família

RESUMO

MARCOLINO, Carolina da Silva. **A integração no serviço para o cuidado ao usuário sob o olhar de profissionais enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde da Família: programas de residência em Campo Grande/MS. 2023.** 53 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Introdução: A integralidade busca garantir acesso a ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, deste modo, o cuidado integral tem a capacidade de analisar o usuário em todo seu contexto biopsicossocial, logo depende da integração no serviço, corroborando com a interdependência. **Objetivo Geral:** Compreender a integração no serviço para o cuidado ao usuário sob o olhar dos profissionais de saúde dos programas de residência no município de Campo Grande, MS. **Metodologia:** Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa realizada em Unidades de Saúde da Família. Foram 153 convidados entre enfermeiros e médicos, residentes e preceptores. Os dados coletados via questionário online foram expressos por meio de frequências relativas e absolutas. A avaliação das respostas abertas foi determinada conforme o reconhecimento da análise do depoimento, das expressões-chave e conteúdos centrais. **Resultados e Discussão:** Participaram 31 indivíduos que permitiram a verificação da existência de desafios no cuidado integral à saúde, demonstrando dificuldades na realização e uniformização da vigilância em saúde, referência e contrarreferência, além de demonstrar limitações durante o exercício do profissional enfermeiro. **Consideração Final:** Conclui-se que há a necessidade da integração dos sistemas de saúde, padronização e ampliação da autonomia do profissional enfermeiro, pois essas carências são potencializadores na diminuição da resolução e descontinuidade do cuidado integral.

Palavras chaves: Assistência Integral à Saúde. Universalização da Saúde. Integralidade em Saúde. Interoperabilidade da Informação em Saúde.

ABSTRACT

MARCOLINO, Carolina da Silva. **Integration in the service for user care from the perspective of professional nurses and doctors from the Family Health Units: residency programs in Campo Grande/MS. 2023.** 53 pages. Completion of Residency Work - Multidisciplinary Residency Program in Family Health SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2023.

Introduction: Integrality seeks to guarantee access to actions and services for promotion, prevention, treatment and rehabilitation, thus, comprehensive care has the capacity to analyze the user in all his biopsychosocial context, therefore it depends on integration in the service, corroborating with the interdependence. **General Objective:** To understand service integration for user care from the perspective of health professionals from residency programs in the city of Campo Grande, MS. **Methodology:** Descriptive research with a quantitative approach carried out in Family Health Units. There were 153 guests, including nurses and doctors, residents and preceptors. Data collected via online questionnaire were expressed through relative and absolute frequencies. The evaluation of the open answers was determined according to the recognition of the analysis of the statement, of the key expressions and central contents. **Results and Discussion:** 31 individuals participated, which allowed the verification of the existence of challenges in comprehensive health care, demonstrating difficulties in carrying out and standardizing health surveillance, referral and counter-referral, in addition to demonstrating limitations during the practice of the professional nurse. **Final consideration:** It is concluded that there is a need for the integration of health systems, standardization and expansion of the autonomy of the professional nurse, as these deficiencies are potentiators in the reduction of the resolution and discontinuity of comprehensive care.

Keywords: Comprehensive Health Care. Universalization of Health. Comprehensiveness in Health. Interoperability of Health Information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Participantes da pesquisa por categoria.	19
Gráfico 2. Como realiza a referência e a contrarreferência dos pacientes.	22
Gráfico 3. Classificação da contrarreferência.	23
Gráfico 4. Em que sentido a contrarreferência deve ser aprimorada?	24
Quadro 1. Resolução SESAU n. 574 de 18 de dezembro de 2020.....	35
Quadro 2. Resolução SESAU n. 711 de 29 de dezembro de 2022.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Integração com a equipe.	20
Tabela 2. Dificuldade no acesso ao Sisreg.	21
Tabela 3. Referência e contrarreferência.....	26
Tabela 4. Vigilância e solicitação das vagas e aos demais níveis de atenção.	30
Tabela 5. Questões para os profissionais enfermeiros.	32

LISTA DE ABREVIATURAS

Sisreg	Sistema Nacional de Regulação
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Sesau	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGES	Coordenação Geral de Educação em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
LIAPS	Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRMFC	Programa de Residência Medicina de Família e Comunidade
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
2.1 Atenção Primária à Saúde	11
2.2 Atributo da Integralidade na APS.....	12
2.3 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade.....	13
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo de pesquisa	15
3.2 Local do estudo.....	15
3.3 Participantes do estudo.....	16
3.4 Procedimentos de coleta de dados e instrumentos de pesquisa.....	16
3.5 Análise dos dados	17
3.6 Aspectos Éticos.....	18
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO NORTEADOR DA ENTREVISTA.....	42
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	47
ANEXO A- DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU	49
ANEXO B- FOLHA DE APROVAÇÃO DA PLATAFORMA BRASIL	51

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma organização pública descentralizada por toda a nação brasileira e que possui em sua legislação da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080, os princípios e diretrizes sobre universalidade, integralidade e equidade na assistência aos usuários (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Diante desses princípios, o presente estudo aborda o princípio da integralidade ao usuário nos serviços prestados pelo SUS. A integralidade busca garantir promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação individuais e coletivas de forma que se adequa a cada usuário de modo singular, e junto a ele interliga-se o acesso universal, independentemente de renda, gênero e raça, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária (FONTOURA; MAYER, 2006; CARVALHO, 2013). Portanto, corresponde às problemáticas orgânicas, emocionais, sociais e espirituais interligadas ao processo saúde-doença (VIEGAS; PENNA, 2012).

De acordo com Viegas e Penna (2012), a integralidade possui dois significados tanto de forma macro, que abrange os serviços ofertados em conjuntos, e o micro, que articula as ações preventivas e assistenciais, além de ofertar também planos distintos, sendo estes o plano individual, que é focado na construção integral na assistência individual, e o plano sistêmico, que assegura os serviços nas redes de atenção à saúde. As redes asseguram o direito de atendimento do usuário, desde o primeiro contato até encaminhamento e atendimentos a serviços especializados (PEREIRA; MACHADO, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) proporciona um conjunto de ações, sendo a principal porta de entrada dos usuários e também a articuladora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), tornando essencial para a integralidade do indivíduo (ALVES *et al.*, 2020). Para Carnut (2017) e Medeiros *et al.*, (2017), a integralidade do cuidado é entendida como o acesso do paciente em todos os níveis de assistência, porém, a cultura do modelo biomédico, com foco na doença e tratamento medicamentoso ainda persiste, tornando difícil operacionalizar o cuidado integral nas práticas do dia a dia.

Logo, a integralidade depende, impreterivelmente, da integração no serviço, corroborando a interdependência dos atores e organizações visto que nenhum dos setores de saúde possui, em sua totalidade, recursos e competências fundamentais para solucionar obstáculos presentes à saúde dos usuários nos diferentes ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

São inúmeros os problemas identificados na assistência à saúde, dentre essas dificuldades encontra-se a demora nas vagas para procedimentos, exames e consultas com especialistas, o que já era prejudicado pelo baixo nível de cotas estabelecidas pelo município, mas que com a pandemia do SARS-Cov-2 houve piora. Essa espera também é gerada por profissionais inserirem pacientes no Sistema de Regulação- Sisreg sem que o mesmo possua critérios, como é o caso de mães que solicitam consulta com especialistas aos seus filhos, por exemplo (VIEGAS; PENNA, 2012). Outra situação é a desistência da vaga sem que haja comunicação para o Sisreg poder encaixar outro paciente, além de também ocorrer a inexistência ou inadequação da contrarreferência prejudicando a continuidade do cuidado na atenção primária (SERRA; RODRIGUES, 2010; PEREIRA; MACHADO, 2016).

De acordo com Viegas e Penna (2012), sabe-se que a falta de critério para se solicitar procedimentos e consultas a especialistas eram comuns, bem como a inexistência da contrarreferência e a falta de transporte, mas será que isso ainda se mantém presente? Será que com a pandemia houve piora da integralidade aos usuários? Deve-se atentar aos critérios de solicitações e encaminhamentos, obedecendo a classificação de risco, avaliando a vulnerabilidade de cada pessoa para se adequar às cotas estabelecidas de cada município e não prejudicar a integralidade individual e coletiva da população adscrita.

Como a integralidade do cuidado aos usuários abrange um vasto leque de valores, protocolos e ações, optou-se por afunilar o estudo a um de seus principais pilares: a integração no serviço. Assim, o presente trabalho teve por objetivo compreender a integração no serviço para o cuidado ao usuário sob o olhar dos profissionais enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde da Família dos programas de residência no município de Campo Grande, MS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

Em 1978 houve a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, mais popularmente conhecida como Conferência de Alma-Ata, conhecida por ser um marco fundamental na história do SUS devido a formulação da declaração frente a valorização do cuidado em saúde em que foi estipulado a expansão da APS no intuito de estabelecer ações de promoção à saúde (MENDES, 2004). Desta forma, de acordo com Starfield (2002), a organização da APS possibilita, de forma positiva, os impactos na saúde da população e a competência do sistema de saúde.

De acordo com Starfield (2002), a APS deve possuir um olhar centrado no paciente e não apenas na doença, e por tanto, necessita de cuidado integral, respeitando as condições e vulnerabilidades dos usuários. Para tanto, a APS é guiada por quatro atributos essenciais e três atributos derivados, que quando aplicados em conjunto, proporcionam excelência na qualidade de vida dos pacientes. Desta forma os atributos essenciais são: Primeiro acesso; longitudinalidade; integralidade e coordenação; os atributos derivados são: Orientação familiar; orientação comunitária e competência cultural.

Em funcionamento adequado com os atributos da APS, foi determinado que a expectativa de resolutividade dos problemas de saúde dos usuários foi alcançada, de forma oportuna e humanizada, em cerca de 85% da demanda acolhida. O restante das demandas necessitaria de assistência ambulatorial especializada e um pequeno número de atendimento hospitalar (SPS, 2000). Nestes dois últimos casos, em que seria preciso regulação para os demais níveis de atenção, os encaminhamentos deveriam ser realizados de maneira responsável pelos profissionais solicitantes, assegurando um acesso qualificado (GRAEVER; SOARES; ALVES, 2012).

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, com objetivo de organizar a Atenção Primária à Saúde (APS) e que, posteriormente, o PSF foi nomeado de Estratégia Saúde da Família (ESF), que foi definida como modelo referencial na APS do país, originalmente concebida como instrumento de ampliação da cobertura assistencial, pois oferece diferencial no modo de gerir cuidado, transformando o método tradicional hospitalocêntrico, com foco no profissional médico, em uma concepção coletiva e multidisciplinar (NEVES, 2011).

Através do decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, as RAS surgiram como uma resposta à sobrecarga de doenças e condições crônicas existentes no SUS, de modo a restabelecer o sistema de atenção à saúde. Os elementos que constituem a RAS são: a população, a estrutura operacional (com os componentes de centro de comunicação; atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundária e terciária; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e o sistema de governança) e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010; BRASIL, 2011).

As RAS são caracterizadas por arranjos organizativos de diferentes densidades tecnológicas que garantem a integralidade do cuidado ao usuário. Dentre as RAS, a APS é conhecida como porta de entrada e primeiro acesso aos pacientes que necessitam de atendimento à saúde, que se define por um conjunto de ações e serviços de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, ofertado de forma individual ou coletiva, buscando redução de danos e a manutenção da saúde, bem como propõe assistência continuada aos usuários pertencentes ao território adscrito (PINTO; HARTZ, 2020).

2.2 Atributo da Integralidade na APS

No início da década de 80, com o movimento da Reforma Sanitária, a integralidade começou a ser abordada referente ao cuidado dos usuários, porém, só passou a ser considerada como um princípio após a criação do SUS em 1990, por meio da Lei Orgânica nº 8.080 (BRASIL, 1990; BRAVO; MATOS, 2006).

A integralidade, além de ser um princípio do SUS, também é um dos atributos essenciais da APS, definida pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como um conjunto de ações e serviços de saúde disponíveis à população em todos os níveis de assistência e complexidade, buscando atender as necessidades de cada indivíduo, desta forma, a integralidade do cuidado tem a capacidade de analisar o usuário em todo seu contexto biopsicossocial no processo saúde-doença (BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002; TEIXEIRA, 2021; ALVES *et al.*, 2015).

A articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), nas diferentes densidades tecnológicas interligadas aos sistemas de apoio técnico logístico e de gestão, tem por objetivo discutir e promover debates de casos específicos (AVELAR; MALFITANO, 2018; ARRUDA *et al.*, 2015). Para alcançar a resolutividade, é necessário aprimoramento da clínica ampliada,

junção das práticas individuais e coletivas, acessos garantidos e a articulação aos demais níveis de atenção à saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A integralidade demanda sujeitos ativos, sejam cidadãos, profissionais de saúde e/ou gestores, para a garantia da assistência à saúde no planejamento e implementação de ações de promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação. Convém ressaltar que as equipes e profissionais devem possuir uma visão ampliada do indivíduo, observados com diversas particularidades, do coletivo ao individual, de acordo com suas condições de saúde e dificuldades, para que assim, ofereça ações que sejam resolutivas conforme as necessidades apresentadas (VIEGAS; PENNA, 2013).

2.3 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

O Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde (LIAPS) foi desenvolvido no país pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) para financiar os trabalhos cooperativos tecnológicos, efetuados a princípio pelo Ministério da Saúde, e que nos últimos anos foi acolhida por várias instâncias, entidades e autarquias, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (TASCA *et al.*, 2019).

O LIAPS foi contemplado na cidade de Campo Grande - Mato Grosso do Sul, em conjunto com Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em apoio ao Ministério da Saúde para elaborar e executar no município o projeto de formação profissional a nível de Residência. Tal projeto obteve conquista em 2019 com celebração do Termo de Cooperação Técnica entre as instituições com o propósito de desenvolver ações estratégicas na Atenção Primária e na Vigilância em Saúde (RANZI *et al.*, 2021).

O projeto obteve iniciativa a partir do primeiro semestre de 2020, com a implantação de dois programas de residência, sendo estes a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Os programas contemplam as categorias: Assistência Social, Educação Física (bacharel), Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Medicina (CUNHA, 2022).

A Residência em Área Profissional da Saúde possui como finalidade a introdução qualificada de profissionais no mercado de trabalho, regulamentada e amparada pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no Artigo nº 13 (ROSA; LOPES, 2009). O Programa é uma modalidade de ensino-aprendizado de pós-graduação *lato sensu* direcionada para educação e serviço em que possui em seu regimento interno dedicação exclusiva, com supervisão de um docente de cada categoria profissionalizante e duração mínima de dois anos (SILVA, 2022).

Os programas de residências possibilitam a ampliação e qualificação dos profissionais de saúde na APS, em parceria com a cooperação técnica FIOCRUZ e o Ministério da Saúde, resultam a elaboração da iniciativa do projeto Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde-INOVAAPS, a unidade ofertante, credenciada pelo Ministério da Educação (MEC), é a SESAU, que visa ampliar a oferta de programas no centro-oeste e que contribui para a transformação e o aprimoramento da organização do trabalho em saúde (SILVA, 2022; CARVALHO; GUTIÉRREZ, 2021).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, que permitiu a verificação da existência de desafios no cuidado integral à saúde, a partir de dados primários coletados com auxílio de um questionário semiestruturado (Apêndice A) referente ao tema.

A intenção da pesquisa foi vislumbrar a integração nos serviços de saúde e melhorar a assistência aos usuários, com resolutividade na APS e os demais níveis de atenção, além de contribuir com o programa de residência que permitiu à autora oportunidade de aprendizado teórico-prático e desenvolvimento profissional na atenção primária à Saúde da Família.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) de Campo Grande/MS, contempladas pelo Programa de Residência Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF).

Desta forma, os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde disseminados nas USF Alfredo Neder Coophavilla II (Coophavila), USF Doutor Hélio Martins Coelho Batistão (Jardim Batistão), USF Edson Quintino Mendes (Itamaracá), USF Doutor Cláudio Luiz Fontanillas Fragelli (Jardim Noroeste), USF Benedito Martins Gonçalves (Oliveira), USF Doutor Judson Tadeu Ribas (Moreninha), USF Doutor Antonio Pereira (Tiradentes), USF Aquino Dias Bezerra (Vida Nova), USF Santa Emília, USF Doutor Sumie Ikeda Rodrigues (Serradinho), USF Paulo Coelho Machado (Paulo Coelho), pertencentes ao município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, todas as unidades possuem os dois programas de residência, de forma a atuar em campo e em núcleo, exceto as duas últimas, que possuem apenas o PRMFC.

Considerando que a autora da presente pesquisa é uma residente de enfermagem do segundo ano do PRMSF, alocada na USF Doutor Antonio Pereira, fez-se oportuno que o estudo fosse voltado às unidades contempladas pelos programas supracitados, devido a proximidade e facilidade de comunicação e divulgação, em razão do curto período para a coleta de dados.

3.3 Participantes do estudo

Cerca de 64 residentes médicos e 42 residentes enfermeiros ingressantes no PRMFC ou PRMSF, nos anos de 2021 e 2022, além de 31 preceptores médicos e 16 preceptores de enfermagem foram convidados a participar desta pesquisa, totalizando 153 indivíduos.

Foi considerado como critério de inclusão ser profissional que atue nas USF contempladas pelos PRMSF e PRMFC que aceitem participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa os profissionais que não finalizaram o questionário e/ou deixaram questões obrigatórias em branco.

3.4 Procedimentos de coleta de dados e instrumentos de pesquisa

O questionário semiestruturado utilizado neste estudo foi elaborado pela própria autora da presente pesquisa, por não haver nenhum instrumento pré-existente na mesma temática e contexto já validado, portanto, antes da realização da coleta de dados, optou-se por realizar um projeto piloto.

O projeto piloto é um mecanismo temporário que adere inovações, permitem testar propostas e tecnologias, bem como prototipar etapas a procura de legitimar respostas com melhor envolvimento de custo e benefício, e assim possui sua importância para ajustar e validar a coleta definitiva (PACKER; SANTOS; MENEGHINI, 2017; DIAS; SILVA, 2020). Em outras palavras, o estudo piloto, como também é conhecido, é a realização de experimento ou melhoria da adaptação de certo procedimento tecnológico, visto como forma de modelo ou método para algum processo (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Assim, o projeto piloto foi desenvolvido com vistas a estipular a qualidade e clareza do questionário antes de considerá-lo definitivo, bem como o tempo de duração total para respondê-lo. O projeto piloto foi aplicado a 4 profissionais da saúde, atuantes na APS, sendo 2 enfermeiros e 2 médicos com vivências semelhantes aos participantes do estudo e que não foram incluídos na pesquisa oficial.

O projeto foi aplicado no mês de agosto de 2022, 3 dos 4 participantes considerou que levaram em média 10 minutos para responder todo o questionário semiestruturado e 1 participante considerou responder tudo em 5 minutos, sendo esta informação divulgada posteriormente aos participantes da pesquisa oficial no TCLE (Apêndice B) e no questionário desenvolvido no Google Forms®.

O instrumento da pesquisa para coleta de dados consistiu em um questionário online, aplicado com auxílio do aplicativo gratuito Google Forms®, cujo link de acesso foi disponibilizado nos grupos, perfis pessoais e profissionais de Whatsapp® dos residentes e preceptores de ambos os programas. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de setembro a dezembro de 2022.

Ao todo, o link foi divulgado 26 vezes, com a frequência de uma vez na semana por 3 semanas consecutivas e posteriormente a cada quinze dias. Durante essas divulgações, foi solicitado apoio para propagação do link aos demais grupos, além disso, em uma das aulas de núcleo aos residentes do segundo ano de enfermagem do PRMSF, foi solicitado apelo tanto para os residentes ali presentes, quanto para um dos membros da coordenação do programa, a fim de incitar a ampla divulgação e sensibilização na participação da pesquisa.

As questões iniciais foram compostas pela identificação da categoria e nível profissional, demais perguntas foram voltadas ao cotidiano dos profissionais acerca da integralidade do cuidado aos usuários.

Os profissionais foram orientados a responder conforme próprio conhecimento e vivência. Ao todo foram 33 questões, mas as três últimas deveriam ser respondidas apenas por profissionais enfermeiros, portanto, coube aos profissionais médicos responder apenas 30 questões. Cabe ressaltar que a necessidade ou não de responder 14 das 33 questões do instrumento eram dependentes de questão anterior, ou seja, do tipo que se inicia com “se a resposta anterior foi ‘sim’ (...)” e semelhantes.

Os participantes responderam uma série de 17 a 33 questões, a depender de cada caso, sob suas próprias perspectivas, de modo que pudessem selecionar uma ou mais alternativas que considerassem pertinentes ou de até mesmo sugerir alguma outra possibilidade não listada. Esse método permitiria respostas mais claras, completas e fidedignas sob a percepção dos entrevistados.

3.5 Análise dos dados

A análise se deu de forma quantitativa, valendo-se de variáveis contínuas e categóricas, conforme a necessidade de cada dado. Os dados foram tabulados com auxílio do software Microsoft Excel® e expressos por meio de frequências relativas e absolutas.

A avaliação das respostas abertas foi determinada conforme o reconhecimento da análise do depoimento, das expressões-chave, conteúdos centrais e ancoragens

correspondentes. As respostas não foram com base de uma estrutura sequencial, mas com a concordância interna das expressões (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009). Depois de organizar as palavras-chaves com ideias centrais, produz-se o discurso do participante (P) seguido por numeração a fim de diferenciar os entrevistados.

3.6 Aspectos Éticos

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio eletrônico, por intermédio da seguinte mensagem “Olá, tudo bem? A fim de concluir a residência em Saúde da Família, estou realizando uma pesquisa voltado aos profissionais médicos e enfermeiros (tanto preceptores quanto residentes), a pesquisa dura em torno de 5 a 10 minutinhos. Na primeira parte consta o TCLE onde descreve tudo o que precisa saber. Conto com sua participação na pesquisa e na divulgação da mesma, pois será muito importante” e pequenas variações da mesma, seguida do link que, ao clicar, eram direcionados à página inicial do Google Forms® com o TCLE e, posteriormente, o questionário.

Os riscos de contato com agentes patogênicos como o SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19, foram minimizados nesta pesquisa devido à modalidade online empregada, assim como possíveis desconfortos e pressão social ao responder e preencher o questionário foram reduzidos por se tratar de abordagem anônima e sigilosa.

O estudo foi aprovado pela Coordenação Geral de Educação em Saúde (CGES)/SESAU com os Termos de Parceria para Pesquisa na Área da Saúde e de Responsabilidade e Autorização de Campo Grande/MS assinalados (Anexo A), bem como submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Instituição Regional da Fundação Oswaldo Cruz para apreciação, por meio da Plataforma Brasil e aprovado sob parecer de número 5.528.185 (CAAE: 60404822.2.0000.8027) (Anexo B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao final da pesquisa houve 31 respostas de indivíduos que aceitaram a participação mediante TCLE e preenchimento do questionário, a maior participação foi de residentes, representando 87% da amostra (n=27), em especial os de enfermagem (58%; n=18). Vale ressaltar que apenas um preceptor médico (3%) e três preceptores de enfermagem (10%) responderam ao questionário. As participações de cada categoria podem ser observadas no gráfico 1.

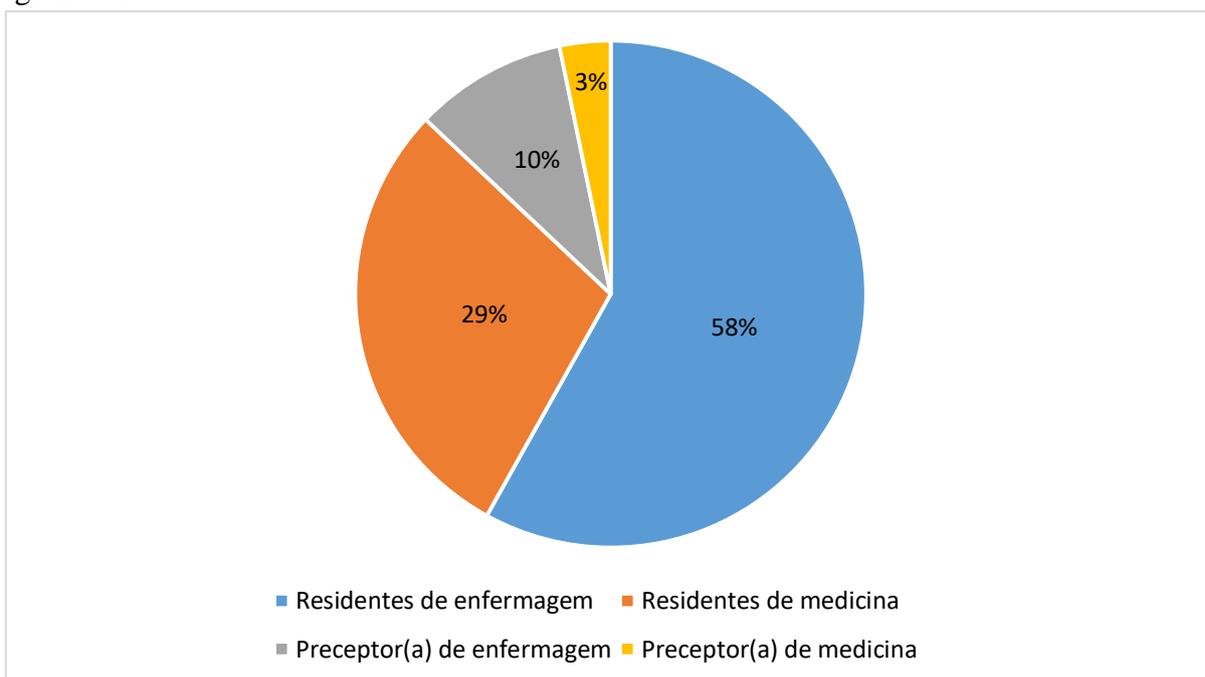


Gráfico 1. Participantes da pesquisa por categoria.

Mesmo com as múltiplas divulgações pelo Whatsapp®, solicitações de compartilhamento, busca ativa e apoio da coordenação do PRMSF, a pesquisa obteve baixa adesão, considerando que foram convidados 153 profissionais (64 residentes médicos, 42 residentes de enfermagem, 31 preceptores médicos e 16 preceptores de enfermagem), dos quais 122 se mantiveram omissos (55 residentes médicos, 24 residentes de enfermagem, 30 preceptores médicos e 13 preceptores de enfermagem). Então, ao comparar os quantitativos de convidados e omissos de cada categoria, nota-se que 85,9% (n=55) dos residentes médicos, 57,1% (n=24) dos residentes de enfermagem, 96,8% (n=30) dos preceptores médicos e 81,3% (n=13) dos preceptores de enfermagem não participaram da pesquisa mesmo sendo convidados.

Como visto no gráfico 1, a maior taxa de participação se deu pelos residentes de enfermagem, as hipóteses que levam a essa melhor aceitação foi de um estreitamento de vínculo

entre os residentes e a pesquisadora, diferente das demais categoriais entrevistadas. Neste ponto, conforme descreve Souza *et al.*, (2020), as pesquisas científicas podem sofrer consequências devido a baixa interação entre o pesquisador e os participantes, principalmente com aqueles que possuem formação e funções distintas.

Outras hipóteses que fazem refletir sobre a pouca interação no presente estudo, levam a acreditar em interferências geradas pela sobrecarga de funções, acúmulo de trabalho, profissionais desmotivados ou não colaborativos e profissionais que não enxergam a importância da produção de pesquisas científicas.

Morais *et al.*, (2018) e Souza *et al.*, (2020) identificaram fatores que prejudicam a produção científica, como a sobrecarga dos pesquisadores, baixa divulgação, falta de interesse do público sobre a temática, falta de uma equipe de apoio para auxiliar no desenvolvimento e captação, ausência de incentivos e falta de participação dos gestores na determinação dos temas prioritários para a instituição, além de baixa relevância dos estudos desenvolvidos.

Com relação a integração com a equipe, foi considerado que 61,3% (n=19) não encontraram dificuldades nas interações, (57,1% enfermeiros (n=12) e 70% médicos (n=7)), mas, quando os outros 38,7% (n=12) foram questionados sobre tal dificuldade, (42,9% enfermeiros (n=9) e 30% médicos (n=3)), foram encontradas ideias-chave como a de falta de comunicação e de apoio por parte dos preceptores, separação das categoriais profissionais e dificuldades em trabalho multidisciplinar, falta de colaboração nas atividades desenvolvidas na unidade e outros descrevem que não há equipe multidisciplinar, conforme tabela 1.

Tabela 1. Integração com a equipe.

Variável	N	%
Acha difícil a integração com a equipe?		
Sim	12	38,7
Não	19	61,3
Se SIM, por quê? (ideias-centrais)		
Separação de categorias e dificuldades em trabalho multidisciplinar.	5	41,6
Falta de comunicação e de apoio por parte dos preceptores. Ex.: Falhas relativas à preceptoria, como promover a integração	3	25
Falta de colaboração nas atividades desenvolvidas.	2	16,6
Não possuem equipe.	2	16,6

Como visto na tabela 1, os participantes consideram que há separação entre as categorias e dificuldades em trabalho multidisciplinar (41,6%; n=5), essa barreira pode ocasionar falhas de comunicação e potenciais problemas na saúde do usuário, como condutas divergentes de exames e medicamentos, por exemplo.

Para Silva *et al.*, (2007) outro problema associado a falta de comunicação é a ilegibilidade das prescrições medicamentosas, que pode acarretar má interpretação e consequentemente danos aos usuários.

A próxima questão remete às dificuldades no acesso ao Sisreg (tabela 2), em que 25,8% (n=8) referem sentir dificuldade no acesso e, destes, 100% (n=8) relatam problemas como internet ruim e 25% (n=2) consideram o sistema instável. Estas e outras informações podem ser observadas na tabela 2.

Tabela 2. Dificuldade no acesso ao Sisreg.

Variável	N	%
Sente dificuldade em acessar o Sisreg?		
Sim	8	25,8
Não	23	74,2
Se SIM, qual(is) a(s) causa(s)?		
Internet ruim	8	100,0
Sistema instável frequentemente	2	25,0
Login de difícil acesso	1	12,5

Visto que a APS é limitada em especialidades e recursos tecnológicos, mesmo que apenas um quarto dos profissionais tenha apontado dificuldades no acesso ao Sisreg, é importante considerar que problemas técnicos como a má qualidade da internet poderiam proporcionar prejuízos à integralidade ao paciente, acarretando atrasos no atendimento e até mesmo piora do quadro clínico dos usuários.

A APS, conforme Baena e Soares (2012) ainda não consegue alcançar um potencial de resolutividade significativa no que tange a assistência de reabilitação ou procedimentos e exames, desta forma há a necessidade de encaminhamentos de pacientes do SUS para assistência em outros níveis de atenção e complexidades, fazendo-se necessário a dependência de um sistema de referência e contrarreferência, de forma articulada (FINKELSZTEJN *et al.*, 2009). A referência configura-se pelo encaminhamento em que a USF realiza para os demais níveis de atenção, de média a alta complexidade, e a contrarreferência se caracteriza pela volta do paciente da média e/ou alta complexidade para a USF, de forma a dar continuidade da assistência com recursos disponíveis nas USF (SILVA *et al.*, 2010).

A próxima questão discorre sobre o método a partir do qual os participantes realizam a referência e contrarreferência dos usuários, observa-se que a opção mais utilizada foi o sistema do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e-sus com 71% (n=22), seguido de folha manual com 64,5% (n=20), telefone 12,9% (n=4), não realizam 3,2% (n=1) e outros 9,6% (n=3), em que P23 acrescenta que “[...] **a recepção que realiza**” a referência e a contrarreferência, de acordo com o gráfico 2.

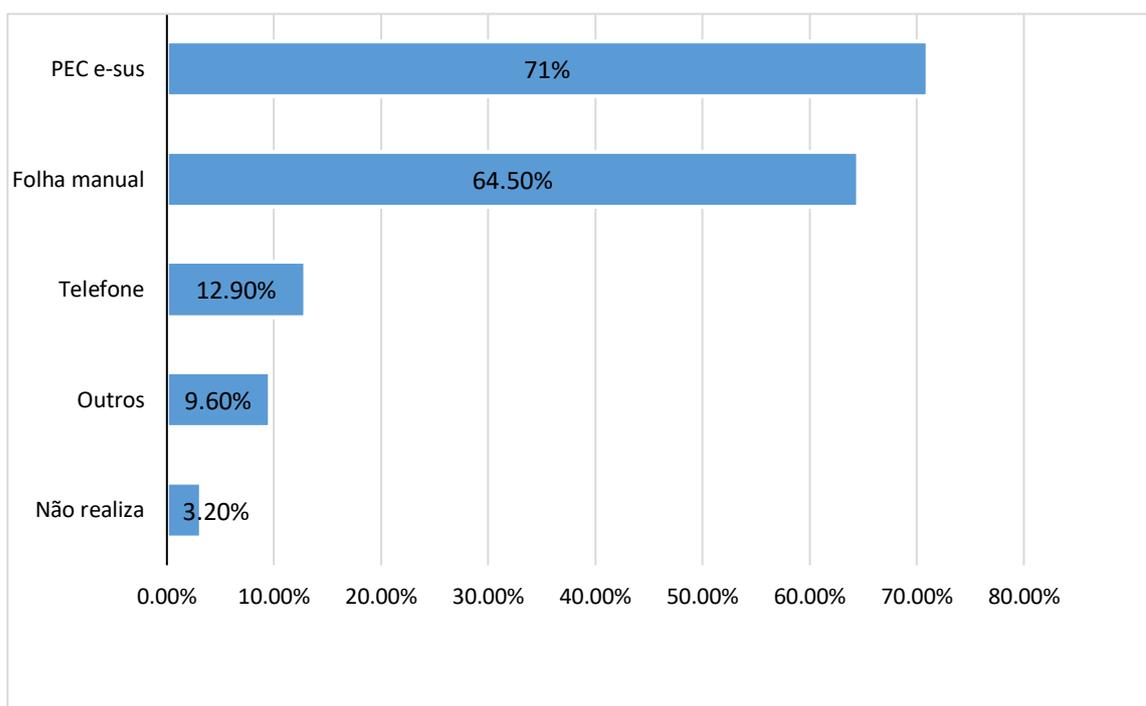


Gráfico 2. Como realiza a referência e a contrarreferência dos pacientes.

Tanto a referência quanto a contrarreferência devem ser executadas, porém nem todos os níveis de atenção no SUS possuem o sistema PEC e-sus, alguns lugares utilizam do sistema HYGIA da qual poucos profissionais da APS tem acesso ou sabem manusear. Esses diferentes sistemas podem fragmentar o cuidado, visto que pode haver falhas na comunicação acerca do quadro clínico do paciente. Já a folha manual que geralmente acompanha os usuários por onde vão, pode ser extraviada ou até sofrer danos por contato com água ou sujeiras, causando falhas na interpretação e assistência do quadro clínico.

A referência e a contrarreferência devem ser realizadas através do preenchimento de um formulário próprio, o que necessita ser executado pelo profissional de nível superior responsável pelo atendimento do paciente (BRASIL, 2011), ou seja, torna inviável delegar tal tarefa à recepção.

O reconhecimento da importância da contrarreferência para a continuidade e o acompanhamento da assistência ao usuário foi unânime (n=31; 100%). A questão evidenciou predomínio da percepção de promover a integralidade e a coordenação da assistência em 96,8% dos casos (n= 30), melhorar a integração entre as RAS em 77,4% (n= 24) e garantir maior nível de informação em 64,5% (n=20).

Os encaminhamentos implicam na corresponsabilização do cuidado ao paciente, ou seja, carece de esforços mútuos entre os profissionais nos diferentes níveis de assistência, ao

compartilhar dados, informações sobre o histórico de saúde, resultados de exames, hipóteses diagnósticas e planos de intervenções sugeridas de acordo com as necessidades do usuário (FINKELSZTEJN *et al.*, 2009; VARGAS *et al.*, 2010).

De acordo com Pereira e Machado (2016), foi reconhecida uma ineficácia no preenchimento das fichas de contrarreferência e referência, na percepção de descrever as informações mais pertinentes sobre as possíveis mediações executadas na USF e motivações que levaram ao seu encaminhamento.

A comunicação entre os níveis de atenção conforme descreve Gonçalves *et al.* (2013), deveria seguir padrão único, essencial aos serviços prestados, sejam retornos com resultados e propostas de estabelecer interações e planejamentos de novos métodos de cuidado ao paciente.

Foi questionado de que forma classificam a contrarreferência dos usuários, com resultado de 39% (n=12) regular, 32% (n=10) ruim, 19% (n=6) péssimo e 10% (n=3) boa, ressalta-se que nenhum dos entrevistados considerou como ótima, conforme gráfico 3. Nota-se que mais da metade dos entrevistados consideraram de ruim a péssimo, o que gera preocupação quanto a qualidade dos serviços prestados e o acompanhamento longitudinal a esses pacientes.

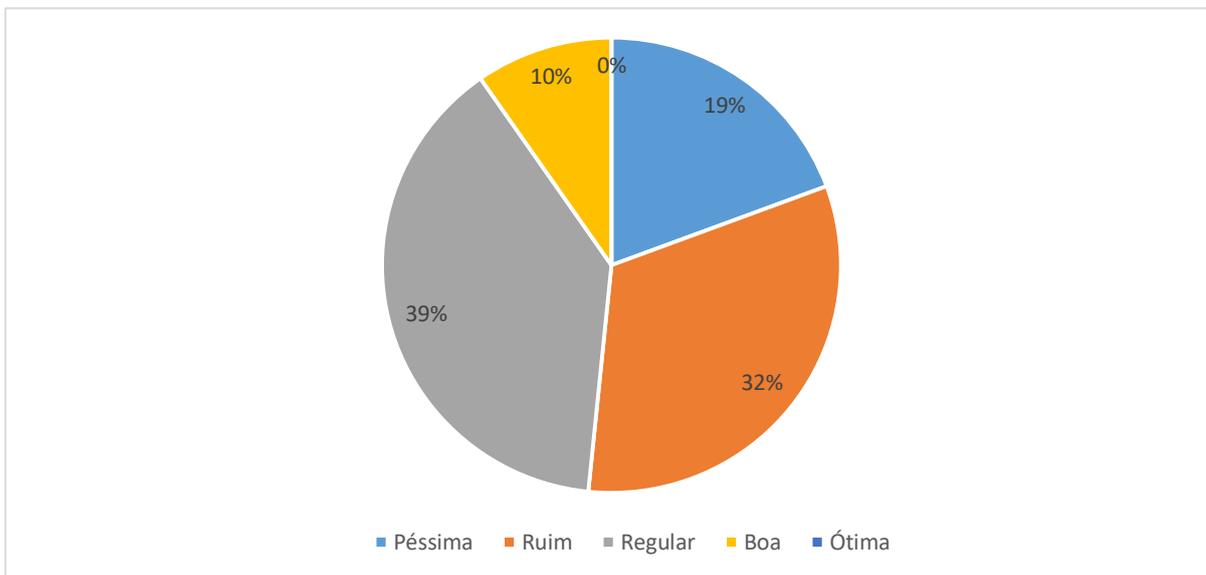


Gráfico 3. Classificação da contrarreferência.

Todos os participantes relataram acreditar que a contrarreferência deve ser aprimorada. No sentido de aprimoramento, 81% (n=25) apontam ao sistema PEC e-sus em todas as redes de atenção, 45,2% (n=14) em criação de fluxo de encaminhamento, 19,4% (n=6) disponibilização do acesso ao Sisreg nos serviços de UPA 19,4% (n=6) e outros com 12,8% (n=4) (gráfico 4), entre os quais o P3- relata em seu depoimento “[...]”

treinamento/sensibilização dos profissionais”, P16 “Implementação do PEC em serviços de atenção secundária e terciária” e P15 “O próprio SISREG poderia ter um espaço para a contrarreferência. A contrarreferência quando feita, na maioria das vezes, só acontece porque o profissional da APS solicitou na guia de referência”.

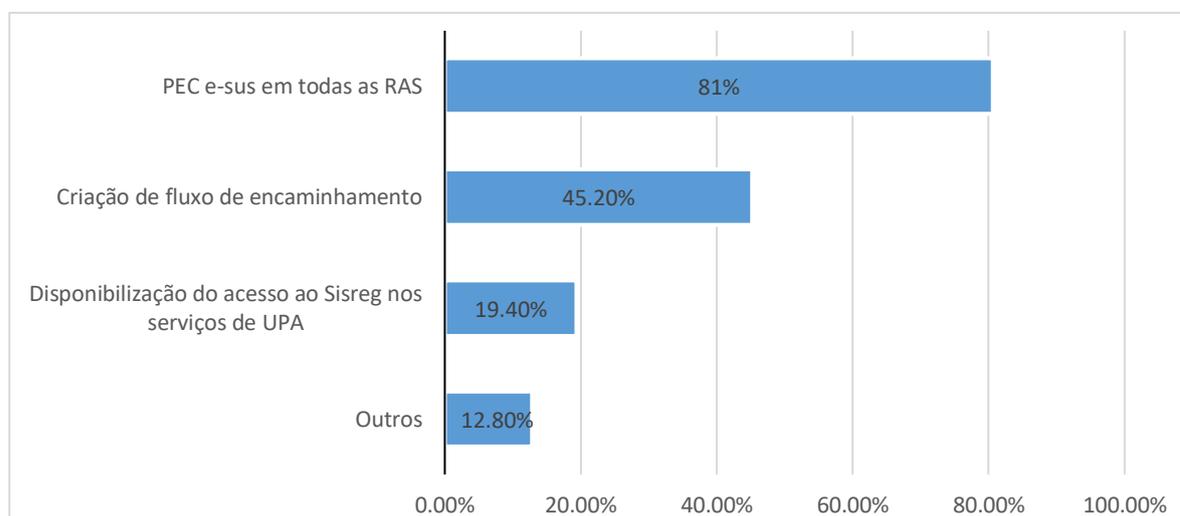


Gráfico 4. Em que sentido a contrarreferência deve ser aprimorada?

Nota-se que existe fragmentação nos sistemas de saúde, nos diferentes níveis de atenção, nos quais não há somente um fluxo de referência e contrarreferência, o que dificulta a potencialização e continuidade do cuidado. Ribas *et al.*, (2018) sugere uma série de ideias para melhorias de fluxos da contrarreferência e redução de problemas advindos da comunicação entre os profissionais, entre essas: a implantação de um sistema informatizado da qual os demais níveis de atenção pudessem ter acesso à e-mail ou agendas das USF; reservas de horários destinados exclusivamente para consultas pós-alta, seja na unidade ou em domicílio, além de promover estratégias que ressaltam a importância da contrarreferência.

Também foi abordado se a pandemia do covid-19 dificultou a integralidade do cuidado aos usuários para o referenciamento, sendo evidenciado pelos entrevistados predomínio de respostas que consideraram haver dificuldades na integralidade do paciente (tabela 3). Nestes casos, considerou-se como expressões-chave que durante a pandemia não teve atendimentos (canceladas ou suspensas) ou foram restritas/reduzidas, e que também houve aumento das filas de espera, ocasionando demora em encaminhamentos, e outros declaram como o P2 que “**muitos atendimentos e procedimentos que ao meu ver eram de alto risco, se tornaram eletivos**”, e que o P20 descreve que “**no decorrer desse período, o cuidado estava voltado apenas para esse tipo de patologia**”, dando a entender que as demais patologias e comorbidades eram deixadas de lado, o que ficou claro no depoimento do P29 “**atrasou muitos**

exames e consultas, levando a descompensação de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus”.

Na vivência da autora como residente de enfermagem foi possível notar, durante os atendimentos, reclamações de pacientes cada vez mais frequentes a respeito da demora para vagas de consultas especializadas ou exames, essa longa espera se deu devido às medidas preventivas de evitar aglomerações e locais fechados, já que todas as instituições tiveram que adotar fluxos para prevenir a contaminação em massa e sobrecarga do sistema de saúde, deixando muitos atendimentos considerados eletivos à espera de tempos mais tranquilos.

O pesquisador Duarte *et al.*, (2021) demonstrou que a descontinuidade da assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) durante a pandemia da covid-19 pode gerar aumento das complicações agudas e crônicas, e da mortalidade, sobrecarga no sistema de saúde pelo acúmulo de atendimentos cancelados, além de inúmeras subnotificações de diagnósticos, perdidos pela privação de exames.

Quanto às justificativas das classificações das contrarreferências, foi identificado expressões centrais de falta de comunicação ou respostas (tabela 3), com o complemento do depoimento do P8 **“informações importantes são perdidas, paciente muitas vezes não sabe informar, acabamos repetindo o que já foi feito em outro nível de atenção. O custo aumenta muito por falta de comunicação”**, já outra expressão encontrada é a inexistência da contrarreferência, como o relato explícito do P25 **“[...] na maioria das vezes não sabe dizer o que aconteceu, o que foi dito e as orientações realizadas”**.

Esses obstáculos ocasionam rupturas na integralidade, gastos na saúde e atrasos nas resoluções de problemas. Conforme descrevem Oliveira, Silva e Souza (2021), falhas na comunicação, com compartilhamento limitado de informações entre os profissionais na referência e contrarreferência dificultam a produção do cuidado integral, promovem barreiras que comprometem o princípio da integralidade e o acompanhamento do paciente ao longo de sua vida.

Outra indagação foi a respeito de como os profissionais poderiam melhorar a contrarreferência e, com base na expressão central, constatou predomínio com a integração dos sistemas, conforme apresentado na tabela 3. O profissional do P8 sugere como aprimoramento o desenvolvimento de um sistema integrado e ainda acrescenta em seu depoimento **“[...] já tive experiência em um sistema de integração de prontuário com um hospital, caps e upa. A iatrogenia é menor e conseguimos ter acesso a informações importantes além do aprendizado. Se o SISREG fosse integrado ao PEC também seria excelente”**.

A iatrogenia é um dano gerado ao paciente, descrito também como um resultado negativo derivado da prática do profissional de saúde (TAVARES, 2007). Certamente um sistema de informação integrado do PEC e-sus, HYGIA e Sisreg seria uma revolução na qualificação de atendimentos, prevenção de iatrogenia, diminuição de abandonos de tratamentos e diminuição de gastos em saúde.

No estudo de Mendes (2010), considerou-se que países desenvolvidos demonstraram resultados mais positivos em diversos setores de patologias ao considerar intervenções dos sistemas integrados, com melhora na cooperação entre os trabalhadores e melhora no impacto sobre os custos de saúde.

Tabela 3. Referência e contrarreferência.

Variável	N	%
A covid-19 dificultou a integralidade do cuidado?		
Sim	24	77,4
Não	7	22,6
Se SIM, por quê? (ideias-centrais)		
Não houve atendimentos (cancelados ou suspensos) ou foram reduzidas	14	58,3
Aumento das filas de espera, gerando demora	9	37,5
Outros	3	12,5
Ideias-centrais de como classificam a contrarreferência:		
Existe falta de comunicação ou resposta	7	33,3
Não existe a contrarreferência	7	33,3
Raramente acontece	7	33,3
Ideias-centrais de como melhorar a contrarreferência:		
Integrar os sistemas	11	35,5
Padronização de documento impresso ou folha manual	3	9,7
Sistema PEC e-sus seja ampliado aos demais níveis de atenção	3	9,7
Criação de fluxos	3	9,7
Criação de espaço no sistema Sisreg para contrarreferência	2	6,5
Instituir a contrarreferência como item obrigatório	2	6,5
Outros	9	29,0
Em sua área, há pacientes hiperutilizadores?		
Sim	29	93,5
Não	2	6,5
Se SIM, considera que prejudica os outros usuários que necessitam de referenciamento?		
Sim	23	79,3
Não	6	20,6
Ideias-centrais de como poderia reverter o prejuízo aos outros usuários:		
Orientação de fluxo, treinamentos, educação, promoção de saúde e escuta qualificada	9	39,1
Acompanhamento psicológico	2	8,6
Diminuir ou não encaminhar	2	8,6
Outros	6	26,0

Também foi perguntado aos profissionais se os encaminhamentos eram realizados com base nas classificações de risco e na equipe e se também já sentiram o cuidado integral do usuário prejudicado devido a falta do mesmo ou a demora dos encaminhamentos, ambas as perguntas foram respondidas de forma unânime que sim (n=31; 100%).

Em outra ocasião, foi perguntado se em sua área existem pacientes hiperutilizadores, aqueles que comparecem às unidades frequentemente, com múltiplos sintomas ou sem sintomas concretos, e cerca de 93,5% (n=29) responderam que sim.

Os pacientes hiperutilizadores são usuários que costumam aparecer nas unidades de saúde com frequência e requerem consultas de enfermagem ou medicina de longa duração, geralmente chegam poliqueixosos e até relatam problemas de vínculos familiares. Conforme Tureck, Chioro e Andreazza (2022), não há um consenso para definir os usuários hiperutilizadores na APS, os critérios podem ser quantitativos, que abordam número absoluto de consultas em um determinado período ou variação na quantidade de consultas em torno da média do território. Já o critério qualitativo, envolve a percepção dos profissionais de saúde em que o usuário frequentemente comparece à unidade, sempre vista de forma excessiva ou até desnecessária.

Foi questionado se os profissionais consideram que estes pacientes prejudicam a assistência aos demais usuários que realmente necessitam de acompanhamento em outros níveis de atenção, e 79,3% (n=23) responderam que sim. Os usuários hiperutilizados podem sobrecarregar o sistema de saúde com oferta crescente de demandas, ocupando maior tempo em sua assistência do que os demais pacientes e muitas vezes levam a acreditar que são problemas inexistentes ou até mesmo certa carência afetiva, necessidade de conversar e contar sobre suas histórias de vida. Tureck, Chioro e Andreazza (2022) relatam em sua pesquisa, através dos seminários compartilhados, a importância da gestão do cuidado em que os trabalhadores acreditam ser necessário mais controle e normas, pois o sistema pode se sobrecarregar por aqueles que utilizam muito, visto que as vezes ocupa a vaga de um outro usuário.

Em uma pergunta dissertativa foi abordado de que forma os pesquisados poderiam reverter essa situação, a ideia-chave mais frequente foi a de orientação de fluxo, treinamentos, educação e promoção de saúde, escuta qualificada (39,1%; n=9). O entrevistado P3 ainda acrescenta como medida resolutiva “[...] **espaçamento de consultas, busca ativa de queixas ocultas, estratégia de pactuação de tempo de consulta etc**”, outro como P24 que relatou “**muitas vezes estes pacientes apresentam alguma dificuldade social/familiar ainda não entendida ou explorada pelos profissionais**”, e o P30 refere a importância do papel do ACS na diminuição das demandas, conforme depoimento “**usando os ACS para informar os pacientes sobre quais os dias que serão realizados o hiperdia para troca de receitas e avaliações de exames**”.

Também foi encontrado como resposta, acompanhamento psicológico (8,6%; n=2), diminuição ou não encaminhamento dos pacientes aos demais níveis de atenção (8,6%; n=2), sendo que um dos profissionais ainda complementa como o P14 “[...] **porém, se não encaminha, eles insistem com outros profissionais até conseguir**”, e outros (26,0%; n=6), dentre os depoimentos mais relevantes encontram o P17 “**conscientização e cultura dos direitos e sua real necessidade de saúde**”, e o P15 “ **deve ser analisado de maneira multidisciplinar a fim de encontrar forma de resolução**”.

A sensibilização do profissional em identificar vulnerabilidades ocultas nos hiperutilizadores e conscientizar sobre os serviços de saúde, se torna um papel importante para resolução das altas demandas, além de ofertar também assistência multidisciplinar como acompanhamento psicológico e atendimentos com assistentes sociais.

Esses pacientes representam enormes desafios para as equipes, constituem-se de pequena parcela de pessoas atendidas ao todo nas USF, porém, podem assumir cerca de 40% das consultas e serviços ofertados nas unidades, e cerca de 36% são considerados como difíceis, pode gerar obstáculos nos tratamentos ou cuidados, além de provocar sobrecarga de trabalho e emocional, conforme descrito por Tureck, Chioro e Andrezza (2022).

Em outro momento foi questionado se existe algum tipo de vigilância que lhe permite saber se o usuário referenciado ou contrarreferenciado foi de fato atendido, e cerca de 54,8% (n=17) disseram sim (tabela 4). Destaca-se ainda como é realizada a vigilância aos usuários, demonstrando que os profissionais utilizam mais de um meio de acompanhamento aos pacientes, com 84,2% (n=16) via Sisreg, seguido de 63,2% (n=12) por relato do paciente.

A vigilância é entendida como processo contínuo de coleta, análise e divulgação de informações sobre eventos à saúde, que visa a promoção, prevenção, controle de riscos e agravos (BRASIL, 2013). Verificar se o paciente teve seguimento de sua assistência em consulta especializada é um exemplo de vigilância na APS muito comum entre os residentes, que muitas vezes previne contratemplos e imprevistos, entretanto, não há uniformização de como e de quanto em quanto tempo essa prática é realizada entre os profissionais, levando a questionar novamente a qualidade do seguimento de cuidado do usuário. Vale ressaltar que considerar o relato do paciente é muitas vezes impreciso e fragmentado.

Aos que constam como outros meios de vigilância, correspondendo a 15,9% (n=3), o P10 relata meios de “**Teleconsulta/Teleatendimento**”, já o P27 refere “**contato com o serviço via e-mail ou telefone**” e o P3 “**o sistema Hygia, porém não tenho acesso é preciso contar com o apoio de terceiros**”. O último discurso ressalta a fragmentação do sistema nos diferentes

níveis de atenção, já que o sistema PEC e-sus é utilizado na APS enquanto o HYGIA é utilizado nos serviços de especialidades e urgência e emergência.

Em outro instante foi discutido se os profissionais já presenciaram encaminhamentos a outros níveis de atenção sob as condições de pedidos de usuário ou familiar, solicitações essas, realizadas sem a devida avaliação/exame físico do paciente, e que se por acaso nunca chegaram a observar nenhum dos dois primeiros itens. Conforme descrito na tabela 4, pode-se notar predominância de que já presenciaram solicitações que foram realizadas sem a avaliação do paciente, com 77,4% (n=24).

Conforme a Portaria nº 1.559, de 01/08/2008 que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, a regulação do acesso à assistência objetiva a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de prioridade. O que faz questionar a possibilidade de existir um número excessivo de encaminhamentos sem a real necessidade, enquanto os que realmente necessitam podem sofrer em uma longa lista de espera para serem atendidos devido a superlotação ou até mesmo a classificação errônea ao gerar o encaminhamento via Sisreg.

A classificação de risco foi um critério usado para obedecer aos casos mais urgentes, a equidade da oferta e também para adequar às cotas municipais estabelecidas (VIEGAS; PENNA, 2013).

Todos os participantes relataram que em algum momento presenciaram pacientes perderem vagas agendadas via Sisreg (100%; n=31), mesmo que na próxima pergunta 80,6% (n=25) informam que a equipe realiza vigilância a fim de notificar o usuário. Cabe ressaltar a importância de sensibilizar os usuários de que os agendamentos para o qual faltam, ocupam vagas de outros pacientes que também necessitam deste atendimento, e que se caso não possam comparecer, notifiquem os profissionais solicitantes a cancelarem este agendamento.

Discorrido sobre os motivos que levaram à perda de vagas, encontra-se: desatualização dos dados pessoais do paciente para contato, como por exemplo o telefone, dificuldade em comunicar o usuário sobre a vaga, descomprometimento do paciente, dificuldade na locomoção/transporte, mudança do território, baixa escolaridade e analfabetismo, falta de renda do usuário, falta de apoio na rede social/familiar do paciente e outros, conforme o P8 declara **“paciente não consegue cancelar por não haver uma central de atendimento no local“**, já o P22 sugere o **“[...] erro humano de pessoas totalmente desinteressadas e descomprometidas com o trabalho onde a pessoa foi a unidade e não quiseram olhar ou**

olham de qualquer jeito e passa batido“, e o P6 refere **“desconhecimento da vaga disponível”**.

Nota-se que a maior porcentagem (93,5%; n=29) diz respeito a desatualização dos dados pessoais do usuário para contato, portanto, orientar os pacientes a manter seus dados cadastrais atualizados deve ser uma prática adotada a todos os profissionais da APS e em todas as consultas e procedimentos, responsabilizando os usuários sobre os riscos e possíveis consequências que tal desatualização pode gerar.

Para Beltrame *et al.*, (2019), as faltas dos pacientes são um problema crônico nos sistemas de saúde, que pode ocasionar prejuízos sociais e impossibilitar o desenvolvimento sustentável da crescente oferta aos demais níveis de atenção. Aconselha-se que sejam investigadas as razões que levam ao absenteísmo associado com a gestão e as especificidades do paciente, com o intuito de sugerir meios de contenção, como fortalecimento da APS como porta de entrada, qualificação do Sisreg e organização das RAS.

E com base nas expressões centrais dos entrevistados, com o objetivo de encontrar meios para evitar que os usuários não percam os agendamentos, foi constatada a realização de vigilância e atualização do cadastro dos pacientes, de forma que o P2 destacou o acompanhamento das solicitações “[...] **semanalmente**” com o intuito de estabelecer a periodicidade, enquanto o P31 refere que **“o sistema SISREG poderia ser liberado para o profissional solicitante atualizar os dados pessoais sem necessidade de atualizar o cadweb, que muitas vezes está instável. As atualizações feitas no cadweb muitas vezes não sobe para o sistema PEC e SISREG”**. Esse último depoimento diz respeito que somente uma parcela dos profissionais possuem acesso no cadweb para atualizar os dados dos pacientes.

Enquanto outras ideias-chave sugerem um acesso que permita aos usuários verificar os encaminhamentos e fornecimento de transporte público gratuito para pessoas de baixa renda, e o P21 completa com “[...] **em casos especiais, que fossem dois, um para o paciente e outro para o acompanhante**”. Além da identificação de outros elementos-chave como criação de fluxo e entregas de encaminhamentos via ACS caso o profissional não consiga contactar o paciente.

Tabela 4. Vigilância e solicitação das vagas e aos demais níveis de atenção.

Variável	N	%
Existe alguma vigilância para saber se o usuário foi atendido nos demais níveis de atenção?		
Sim	17	54,8
Não	14	45,2
Se SIM, como é feita esta vigilância?		
Via Sisreg	16	94,2
Relato de paciente	12	70,5

Planilhas online	7	41,1
Manualmente	2	11,7
Outros	3	17,6
Ao presenciar solicitação para demais níveis de atenção via Sisreg, você já observou as seguintes situações abaixo?		
A solicitação foi feita sem avaliação/exame físico do paciente	24	77,4
A solicitação foi feita a pedido do paciente/familiar do paciente	18	58,1
Não, nunca observei nenhuma destas situações	5	16,1
A equipe realiza vigilância do Sisreg para notificar o usuário?		
Sim	25	80,6
Não	6	19,4
Com que frequência o paciente perde a vaga no Sisreg?		
Sempre	1	3,2
As vezes	30	96,8
Nunca	0	0,0
Por qual motivo(os) perde a vaga?		
Desatualização dos dados pessoas do usuário. Ex.: Telefone.	29	93,5
Dificuldade na comunicação	28	90,3
Descomprometimento do paciente	22	71
Dificuldade na locomoção/transporte	21	67,7
Mudança de território	18	58,1
Baixa escolaridade/analfabetismo	14	45,2
Baixa renda	12	38,7
Falta de apoio na rede social/familiar do usuário	11	35,5
Outros	3	9,6
Ideias-centrais dos entrevistados de como poderia evitar que os usuários perdessem os agendamentos:		
Realizar vigilância e atualização de cadastros	12	38,7
Criar sistema em que o paciente possa acessar para consultar os encaminhamentos	2	6,5
Fornecer transporte gratuito para população de baixa renda	2	6,5
Criação de fluxos	2	6,5
Encaminhamentos enviados pelos ACS	2	6,5
Outros	5	16,1
Solicita cancelamento de vaga caso o usuário não possa comparecer?		
Sim	16	51,6
Não	15	48,4
Se NÃO, por quê? (ideias-centrais)		
Falta de comprometimento do usuário em comunicar com antecedência	11	73,3
Outros	3	20,0

Em outro momento, foi abordado se os profissionais solicitam o cancelamento de agendamentos, caso constatado que o paciente não possa comparecer na data de agendamento, a fim de disponibilizar a outro usuário na fila, e 48,4% (n=15) informaram que não solicitam o cancelamento para liberação da vaga.

Entre os motivos destes que não solicitam, foram encontrado elementos-chave em que o paciente não comunica que irá faltar previamente e que os mesmos possuem falta de comprometimento. O P25 ainda complementa “[...] **na maioria das vezes eles retornam a unidade após terem perdido a consulta ou exame solicitando nova inserção do procedimento no Sisreg**”, o P30 também refere fala semelhante “**na maioria das vezes só ficamos cientes que paciente não compareceu depois de alguns dias. Quando aparece na unidade avisando que perdeu e que deseja ser reinserido**”. Outros 18,8% (n=3) participantes

relatam que não solicitam o cancelamento, como refere o P20 “**muitas vezes por conta da burocratização**”, enquanto o P27 diz que “**a maioria dos pacientes ainda não entendem a importância deste fluxo, não perder a vaga e avisar a falta**” e por fim o P14 relata que “**não vi informações de onde realizar o cancelamento...**”.

Cabe destacar que no próprio sistema do Sisreg há contato da equipe de gerência de regulação ambulatorial com e-mail e telefone para dar suporte às unidades, estes contatos já aparecem na tela inicial após o login do profissional.

Um dos questionamentos realizados a essa categoria de enfermagem, foi se em seu pleno exercício profissional, considera-se limitado pelo Sisreg quanto a solicitações e encaminhamentos aos demais níveis de atenção, conforme demonstrado na tabela 5, houve predomínio de 85,7% (n=18) em que referiram sentir-se limitado.

Tabela 5. Questões para os profissionais enfermeiros.

Variável	N	%
Você profissional enfermeiro sente-se, em seu pleno exercício profissional, limitado pelo Sisreg ao querer encaminhar aos demais níveis de atenção?		
Sim	18	85,7
Não	3	14,3
Se SIM, por quê? (ideias-centrais dos entrevistados):		
Limitações/poucas opções	9	50
Retrabalho aos médicos	3	16,6
Só podem ser solicitados pelo profissional médico	2	11,1
Outros	4	22,2
A liberação de encaminhamentos para enfermeiros aos demais níveis de atenção, iria favorecer a autonomia e otimizar o atendimento ao usuário ou iria prejudicá-lo, gerando demoras de ofertas?		
Iria favorecer a autonomia e otimizar o atendimento	19	90,5
Prejudicaria a assistência	0	0,0
Não sei	2	9,5

E com base nas ideias-chave dos participantes, foi identificadas expressões de: limitações/poucas opções em que o enfermeiro é autorizado a solicitar, o que conforme P6 declara “[...] **dificulta o tempo de atendimento ao paciente**” e o P20 “[...] **o paciente é o principal prejudicado**”, enquanto o P22 discorre que o “**enfermeiro não pode encaminhar pra muitas coisas são apenas 11 especialidades, e que assim permaneça pois pelo salário que ganhamos e alta demanda de responsabilidades dentro da ESF, tá ótimo, não quero mais atribuições para não receber o que merecemos. Então tá ótimo assim, deixa que os médicos encaminham, responsabilidade deles, já temos as nossas e eles não vão deixar as coisas dele pra irem fazer as nossas...**”. A última fala revela que a autonomia limitada pelos protocolos é vista de forma suficiente, em que condiz com as funções atribuídas, alta demanda e salário recebido pelo enfermeiro.

Neste último discurso também fica evidente uma desatualização de protocolo, visto que na Resolução SESAU n. 574 de 18 de dezembro de 2020 eram apenas 11 procedimentos/consultas que os enfermeiros eram autorizados a encaminhar, mas que na Resolução SESAU n. 637 de 27 de dezembro de 2021, passaram a ser 19 procedimentos/consultas que os enfermeiros podem solicitar. Ambas as resoluções se mostravam presente na página inicial após acessar o login do Sisreg, desta forma, apenas a Resolução n. 637, a mais atualizada, se mantém presente até o momento.

Também foi identificado elementos-chave no discurso, em que os participantes acreditam que a limitação aos enfermeiros gera retrabalho aos médicos, conforme relato do P2 **“Há especialidades em que há capacidade técnica de avaliação e classificação de risco que acredito estar apta para encaminhar. Porém, o fato de compartilhar consulta com médico ou esperá-lo por inserir no sistema, demanda tempo e retrabalho. Algumas vezes os pacientes acabam indo no particular porque a demora não é pra regular vaga e sim pela inserção no sistema”** e o P11 discorre **“[...] então em diversas consultas preciso chamar um profissional médico para realizar o encaminhamento, além se ficar com um sentimento de "inutilidade" por necessitar de outro profissional, muitas vezes eles não estão disponíveis no momento, então necessito esperar e a consulta é prolongada”**, e o P24 também relata que **“[...] acaba prejudicando o acesso e gerando um retrabalho, visto que se aquele paciente necessita de um encaminhamento ao um especialista, provavelmente necessitará retornar em uma consulta médica que pode demorar até 1 mês para esta solicitação, prejudicando o cuidado com a sua saúde”**.

Outra ideia-central identificada foi a que somente podem ser feitas as solicitações pelos médicos, o P19 ainda acrescenta que isso **“[...] fragmenta o cuidado e limita a nossa atuação”**, e outros com 26,7% (n=4), em que o P28 refere que **“existem algumas especialidades e exames os quais temos competência técnico científica para o encaminhamento, no entanto, não podemos realizá-los devido ao protocolo municipal”**.

Tais depoimentos demonstram limites da autonomia ditada pelos protocolos do sistema de regulamentação ao profissional enfermeiro do município de Campo Grande, além de gerar codependência médica, retrabalho e até demoras para resolução de problemas identificadas nas consultas com os usuários, de maneira que poderá acarretar prejuízos a integralidade do cuidado.

Em um estudo realizado por Pereira e Oliveira (2018), consta que a autonomia limitada superintende à subordinação técnica ao trabalho do médico, onde o enfermeiro avalia o

paciente, efetua o julgamento clínico, porém, devido a privação de respaldo legal, necessita submeter a autoridade médica, colocando o enfermeiro em posição de “auxilia e/ou ajudante” de médico.

O quadro 1 abaixo apresenta os tipos de consultas, exames e procedimentos em que o enfermeiro era autorizado a encaminhar os pacientes de acordo com o protocolo do sistema de regulamentação de 2020 em Campo Grande/MS.

Quadro 1. Resolução SESAU n. 574 de 18 de dezembro de 2020.

- Cuidados Com Estomas;
- Consulta em Ginecologia Climatério;
- Consulta em Ginecologia IST;
- Consulta em Ginecologia - Gestação de Alto Risco (Exclusivamente quando a APS não dispor de médico);
- Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical;
- Consulta em Homeopatia;
- Consulta em Urologia IST;
- Planejamento Familiar – Feminino;
- Mamografia Bilateral;
- Ultrassonografia Obstétrica.

Fonte: Ministério da Saúde.

Já na Resolução SESAU n. 637, de 27 de dezembro de 2021, surgiu um aumento de mais 8 procedimentos/consultas e exames em que o enfermeiro é autorizado a solicitar, e se manteve na resolução de 2022, conforme quadro 2 abaixo:

Quadro 2. Resolução SESAU n. 711 de 29 de dezembro de 2022.

- Acolhimento para Processo Transexualizador;
- Consulta em Fonoaudiologia;
- Consulta em Fonoaudiologia – Teste da Orelhinha;
- Consulta em Ginecologia Climatério (enfermeiro da APS);
- Consulta em Ginecologia IST;
- Consulta em Ginecologia - Gestação de Alto (enfermeiro da APS);
- Consulta em Ginecologia - Patologia Cervical (enfermeiro da APS);
- Consulta em Homeopatia;
- Consulta em Infectologia Adulto (PVHIV gestante e PVHIV com CD4 abaixo de 350);
- Consulta em Nutrição;
- Consulta em Oftalmologia;
- Consulta em Psicologia;
- Consulta em Terapia Ocupacional;
- Consulta em Urologia IST;
- Ginecologia - Planejamento Familiar;
- Consulta em Urologia- Vasectomia;
- Cuidados Com Estomas;
- Mamografia de rastreamento;
- Ultrassonografia Obstétrica o (UBS/USF/CF).

Fonte: Ministério da Saúde.

Nota-se que o enfermeiro obteve autorização para encaminhar a consulta com fonoaudiologia e fonoaudiologia para teste da orelhinha, consulta com infectologista para usuários adultos, consulta de nutrição, oftalmologista, psicologista, terapia ocupacional e o

planejamento familiar que antes era voltado somente aos usuários femininos, nas resoluções de 2021 e 2022 agora consta consulta urológica para vasectomia.

Outro item que sofreu modificação é o da consulta ginecológica de gestação de alto risco, já que antes o enfermeiro somente era autorizado a encaminhar quando, exclusivamente, na APS não dispunha de profissional médico.

E a última pergunta aos enfermeiros foi sobre a liberação de encaminhamentos autorizados via Sisreg. Se essa liberação de mais encaminhamentos poderia favorecer a autonomia e otimização do atendimento aos usuários ou se isso prejudicaria o sistema, gerando demora de ofertas devido ao limite das cotas municipais e 90,5% (n=19) responderam que favoreceria sim a autonomia e a otimização do atendimento aos usuários, conforme demonstrado na tabela 5.

Conforme Pereira e Oliveira (2018), há, portanto, desafios em andamento na APS sobre o aumento da autonomia do profissional enfermeiro, que leva não somente à formulação das políticas, mas também a formação dos profissionais diante da prática diária nos serviços de saúde.

Ao analisar os resultados obtidos e as comparações com a literatura disponível, nota-se um modelo ainda fragmentado de saúde, que se opõe ao princípio da integralidade e universalização do SUS, de forma a prejudicar a assistência e o cuidado integral dos usuários (GONÇALVES *et al.*, 2013; ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou unanimidade entre os entrevistados ao considerar que a contrarreferência é importante para a continuidade da assistência ao usuário, bem como deve ser aprimorada. Alguns profissionais se queixaram da falta de comunicação, inexistência da contrarreferência, desatualização de dados dos pacientes, aumento das filas de espera com a pandemia do SARS-CoV-2 e o surgimento de pacientes hiperutilizadores, já que todos esses fatores geram sobrecarga no sistema de saúde e são combustível para a descontinuidade do cuidado e, conseqüentemente, baixa resolubilidade dos casos.

Pode-se dizer que um sistema integrado entre os diferentes níveis de atenção seria um bom método a se pensar para potencializar a vigilância e o sistema de saúde, principalmente no quesito da articulação entre os serviços especializados com a APS para que o paciente não se perca pelo caminho, para tal, todos os profissionais devem ser corresponsáveis pelos usuários e aderir a atividades colaborativas, articuladas e contínuas de maneira padronizada.

Outro problema que compromete a continuidade do cuidado e, assim, o princípio da integralidade do SUS, é a limitação da autonomia dos profissionais enfermeiros, por subestimar seu potencial de ação e refletir negativamente na assistência direta ao paciente. Portanto, mostrou-se necessária a revisão destas competências, atualmente restritas ao médico, de modo que abranja também os enfermeiros da APS, em vistas de evitar o retrabalho, a dependência e até mesmo o atraso e ineficiência no atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.N.; COURA, A.S.; FRANÇA, I.S.X.; MAGALHÃES, I.M.O.; ROCHA, M.A.; ARAUJO, R.S. Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 23. julho. 2020.

ALVES, M.L.F.; GUEDES, H.M.; MARTINS, J.C.A.; CHIANCA, T.C.M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais–Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. v.25. n.4. p. 469-475. Minas Gerais. Dezembro. 2015.

ANDRADE, L.S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Revista Saúde e Transformação - Social/Health e Social Change**. v. 10. P. 054-064. 2019.

ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S.; MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a Luz da teoria da complexidade. **Revista Escola Anna Nery**. v. 19. n. 1. p. 169-173. Florianópolis- SC. Março. 2015.

AVELAR, M.R.; MALFITANO, A.P.S. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 23. n. 10. São Carlos-SP. Outubro. 2018.

BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v. 25, n. 2. 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde-CONASS. Atenção Primária e promoção da saúde**: Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 junho. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica de Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM No 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de

Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, 9 de julho de 2013.

BELTRAME, S. M.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS, M. A. B.; NETO, E. T. S. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Revista Saúde em Debate**. v. 43. outubro. 2019.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. **In: Saúde e Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez: Rio de Janeiro. 2006.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Revista Saúde em Debate**. v. 41. Recife/PE. Setembro. 2017.

CARVALHO, F. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. v. 78. 2013.

CARVALHO, M.A.P.; GUTIÉRREZ, A.C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26. n.6. p. 2013–22. junho. 2021.

CUNHA, É.G.B. Primary Care Assessment Tool (PCATool): Avaliação da Atenção Primária após implementação do Laboratório de Inovação da Atenção Primária à Saúde (LIAPS) em uma unidade de saúde da família de Campo Grande / MS. 2022. 88. **Trabalho de Conclusão de Residência - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUI/FIOCRUZ**. Campo Grande/MS, 2022.

DIAS, M.V.B.; SILVA, N.R. Proposta de validação de instrumento de pesquisa em educação: o estudo piloto e sua contribuição para a coleta definitiva. **Revista do Núcleo de Educação a Distância da Universidade Estadual Paulista**. v. 6, n. 1, p. 212-242. São Paulo. Setembro. 2020.

DUARTE, L. S.; SHIRASSU, M. M.; ATOBE, J.H.; MORAES, M. A.; BERNAL, R. T. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de covid-19. **Revista Saúde em Debate**. Dezembro, 2021.

DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V.; ANDRADE, S.M.O.D. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Revista Saúde e Sociedade**. 18(4), 620-626. 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59. n. 4. Santo Ângelo, RS. Agosto. 2006.

FINKELSZTEJN, A.; ACOSTA, L. M.; CRISTOVAM, R. A.; MORAES, G. S.; KREUZ, M.; SORDI, A. O.; SOUZA, A. O.; EYFF, T. F.; FRACASSO, A. M.; CHAVES, M. L. F. Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741. 2009.

GONÇALVES, J.P.P.; BATISTA, L.R.; CARVALHO, L.M.; OLIVEIRA, M.P.; MOREIRA, K.S.; LEITE, M.T.S. Uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Revista Saúde em Debate**. v. 37 n. 96. p. 43-50. 2013.

GRAEVER, L.; SOARES, M.S.; ALVES, B.L. Avaliação da resolutividade entre médicos da Atenção Primária à Saúde. **In Anais do Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**. v. 3. p. 6. Florianópolis. Abril. 2012.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Revista Caderno de Saúde Pública**. v. 20. n. 2. p. 331-36. Rio de Janeiro. 2004.

MEDEIROS, K. K. A. S.; JUNIOR, E. P. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso no âmbito da atenção primária à saúde. **Revista Saúde Debate**. v. 41. n. 3. p. 288-295. Rio de Janeiro. Setembro. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15. n. 5. Belo Horizonte/MG. Agosto. 2010.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12. n. 3. Ribeirão Preto/SP. Junho. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção 1, 4 agosto. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução SESAU nº574, de 18 de dezembro de 2020. Protocolo de Acesso para consultas, exames e procedimentos. **Publicado no Diário Oficial de Campo Grande-MS n. 6157**. Campo Grande/MS 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução SESAU nº637, de 27 de dezembro de 2021. Protocolo de Acesso para consultas, exames e procedimentos. **Publicado no Diário Oficial de Campo Grande-MS n. 6504**. Campo Grande/MS 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução SESAU nº711, de 29 de dezembro de 2022. Protocolo de Acesso para consultas, exames e procedimentos. **Publicado no Suplemento Extra I do Diário Oficial de Campo Grande-MS n. 6887**. Campo Grande/MS 2022.

MORAIS, J. B.; JORGE, M. S. B.; BEZERRA, I. C.; PAULA, M. L.; BRILHANTES, A. P. C. R. Avaliação das pesquisas nos cenários da atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 27. n. 3. Fortaleza/CE. Julho. 2018.

NEVES, C.A.B. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 27, 4, 2011.

OLIVEIRA, C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na rede de atenção à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 3. n. 1. janeiro. 2021.

PACKER, A.L.; SANTOS, S.; MENEGHINI, R. SciELO Preprints a caminho. **SciELO em Perspectiva**. Fevereiro. 2017.

PEREIRA, J.S.; MACHADO, W.C.A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 26. n. 3. p-1033-1051. Setembro. 2016.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M.A. C. Autonomia da enfermeira na atenção primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 31. n. 6. novembro, 2018.

PINTO, L.F.; HARTZ, Z.M.A. Experiências em atenção primária em 25 anos da Revista Ciência e Saúde Coletiva: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 25. n. 12. p. 4917-4932. Dezembro. 2020.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**. v. 29. n.4. São Paulo. Março. 1995.

RANZI, D.V.M.; NACHIF, M.C.A.; SORANZ, D.R.; MARCHETI, P.M.; SANTOS, M.L.M.; CARLI, A.D.D. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26. P. 1999-2011. Junho. 2021.

RIBAS, E.N.; BERNARDINO, E.; LAROCCA, L.M.; NETO, P. P.; AUED, G.K.; SILVA, C.P.C. Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Setembro. 2018.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. v. 7. n. 3. p. 479-98. Rio de Janeiro. Novembro. 2009.

SAÚDE, Departamento de Atenção Básica - Secretaria de Políticas de. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, p.316-319, junho. 2000. Fap UNIFESP (SciELO).

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Novembro. 2010.

SILVA, A. C.; KIST, L.; SARAIVA, R.; WAGNER, M.J.; SARAIVA, J. Promoção da Contrarreferência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. **Monografia** [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B.; MIASSO, A. I.; OPITZ, S. P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Revista Paulista de Enfermagem**. v. 20. n. 3. setembro. 2007.

SILVA, E.V.G. O acolhimento na atenção primária no município de Campo Grande. 2022. 51 folhas. **Trabalho de Conclusão de Residência** - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAUFIOCRUZ. Campo Grande/MS, 2022.

SILVA, L.A.; CASOTTI, C.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Revista Ciência e Saúde coletiva**. v. 18. n. 1. p. 221- 32. 2013

SOUZA, D. L.; ZAMBALDE, A. L.; MESQUITA, D. L.; SOUZA, T. A.; SILVA, N. L. C. A perspectiva dos pesquisadores sobre os desafios da pesquisa no Brasil. **Revista Educação e Pesquisa**.v. 46. 2020.

SPS - SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

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

TASCA, R.; VENTURA, I.L.S.; BORGES, V.; LELES, F.A.G.; GOMES, R.M.; RIBAS, A.N.; CARVALHO, W.M.; JUMENEZ, J.M.S. Laboratório de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 24. n. 6. Brasília/DF. Março. 2019.

TAVARES, F. M. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 31. n. 2. agosto. 2007.

TEIXEIRA, L.H.D.S.F. A Política de saúde pública no Brasil: avanços, retrocessos e a criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Escola de Ciências Sociais e da Saúde**. Goiânia. 2021.

TURECK, F.; CHIORO, A.; ANDREAZZA, R. Meu Deus, lá vem ele de novo! O cuidado à saúde aos “hiperutilizadores” na Atenção Básica. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 26. Botucatu, 2022.

VARGAS, K. D.; MISOCZKY, M. C.; WEISS, M. C. V.; COSTA, W. G. A. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418. 2010.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Revista Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, janeiro. 2013.

APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO NORTEADOR DA ENTREVISTA

1- Assinale somente uma alternativa abaixo:

- Sou preceptor(a) médico(a)
- Sou preceptor(a) de enfermagem
- Sou residente de enfermagem
- Sou residente médico(a)

2- Você acha difícil a integração com a equipe multiprofissional?

- Sim
- Não

2.1- Se a resposta anterior for SIM, descreva o porquê: _____

3- Sente dificuldade em acessar o Sisreg?

- Sim
- Não

3.1- Se a resposta anterior for SIM, assinale a(s) causa(s):

- Login de difícil acesso
- Internet ruim
- Outros: _____

4- Como você realiza a referência e/ou contrarreferência de seus pacientes?

- PEC-ESUS
- Folha Manual
- Telefone
- Não realizo
- Recepção que realiza
- Outro: _____

5- Em sua opinião a contrarreferência é importante para a continuidade e/ou acompanhamento do paciente?

- Sim
- Não

5.1- Se sim, por quê?

- Promove a integralidade e a coordenação da assistência
- Melhora integração entre as Redes de Assistência à Saúde
- Garante maior nível de Informação para a assistência do usuário
- Não interfere no processo de trabalho
- Não faz diferença
- Outro: _____

6- Você acha que a contrarreferência deve ser aprimorada?

- Sim
- Não

6.1- Se sim, em que sentido(s) você acha que poderia ser aprimorada?

- PEC-ESUS em todas as redes de atenção
- Criação de fluxo de encaminhamento
- Disponibilização do acesso ao Sisreg nos serviços de UPA
- Outro: _____

7- Existe algum tipo de vigilância que permite você saber se o usuário que você referenciou ou contrarreferenciou foi de fato atendido pelo profissional solicitado?

- Sim
- Não

7.1- Se sim, como é feita esta vigilância?

- Planilhas online
- Manualmente
- Via Sisreg
- Relato de Paciente
- Teleconsulta/Teleatendimento
- Outro: _____

8- Ao presenciar solicitação para consulta especializada, exames ou procedimentos via Sisreg, você já observou as seguintes situações abaixo?

- A solicitação foi feita a pedido do paciente ou familiar do paciente
- A solicitação foi feita sem avaliação/exame físico do paciente
- Não, nunca observei nenhuma destas situações

9- Realiza os encaminhamentos com base nas classificações de risco e na equidade?

- Sim
- Não

10- A sua equipe realiza vigilância do Sisreg para notificar aos usuários quanto a oportunidade da vaga surgir?

- Sim
- Não

11- Já sentiu o cuidado integral do usuário prejudicado devido a falta/demora para efetuar o encaminhamento aos demais níveis de atenção?

- Sim
- Não

12- Acredita que a pandemia do Covid-19 dificultou a integralidade do cuidado ao usuário para referenciar às especialidades/procedimentos e exames?

- Sim
- Não

12.1- Se sim, por quê?

13- Algum paciente já perdeu a vaga agendada no Sisreg?

- Sim
- Não

13.1- Se sim, qual a causa da perda da vaga?

- Dificuldade na locomoção/transporte
- Dificuldade em comunicar o usuário da vaga
- Falta de apoio na rede social e familiar
- Falta de renda
- Descomprometimento do paciente
- Baixa escolaridade e analfabetismo
- Mudança de território

- Desatualização dos dados pessoais do paciente como telefone
- Outros _____

14- Com base na sua vivência, frequentemente o paciente perde a vaga no Sisreg?

- Nunca perde
- As vezes perde
- Sempre perde

14.1- Como poderia evitar que os usuários perdessem esses agendamentos?

15- Caso o paciente não possa comparecer a consulta/procedimento/exame agendado via Sisreg, o profissional solicita o cancelamento do agendamento, via e-mail ou demais meios de comunicação, para disponibilizar esta vaga a outro usuário na fila do Sisreg?

- Sim
- Não

15.1- Se a resposta for não, por quê?

16- Em sua área, há pacientes hiperutilizadores? (usuários que visitam a USF repetidas vezes, com sintomas múltiplos ou sem sintomas concretos)

- Sim
- Não

16.1- Se sim, considera que estes pacientes prejudicam a assistência aos usuários que realmente necessitam do encaminhamento aos demais níveis de atenção?

- Sim
- Não

16.2- Você como profissional, como poderia reverter essa situação?

17- Como classifica a contrarreferência desses usuários:

- Péssima
- Ruim
- Regular
- Boa
- Ótima

17.1- Justifique a alternativa anterior:

17.2- O que você faria para melhorar a contrarreferência? Qual a sua sugestão de melhoria?

As próximas perguntas serão realizadas somente ao profissional ENFERMEIRO

18- Você profissional enfermeiro sente-se, em seu pleno exercício profissional, limitado pelo Sisreg ao querer solicitar encaminhamentos/exames/procedimentos?

- Sim
- Não

18.1- Se sim, comente sobre o caso:

19- De acordo com sua experiência e/ou opinião, a liberação para os enfermeiros, frente aos diversos serviços disponíveis no Sisreg, iria favorecer a autonomia e otimizar o atendimento ao usuário ou iria prejudicar o sistema gerando demoras de ofertas devido ao limite das cotas municipais?

- Iria favorecer a autonomia e otimizar o atendimento
- Prejudicaria a assistência
- Não sei

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SESAU CAMPO GRANDE/MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
SESAU/FIOCRUZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da pesquisa: A INTEGRAÇÃO NO SERVIÇO PARA O CUIDADO AO USUÁRIO SOB O OLHAR DE PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS

Pesquisadores responsáveis: Carolina da Silva Marcolino

Profa. Me. Alline Lam Orué

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) para participar da pesquisa promovida pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, com apoio e parceria da FIOCRUZ Campo Grande – MS. Trata-se de um estudo com o objetivo de compreender as práticas, as vivências e as dificuldades enfrentadas no cuidado integral dos usuários nos serviços de saúde nas Unidades de Saúde da Família.

A sua participação é voluntária, o que significa que você é livre para recusar-se a participar ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de justificção, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma publicação. Para realizar este estudo será necessário que você responda um questionário semiestruturado relacionado as práticas de cuidado integral dos usuários bem como a sua percepção sobre acesso, interdisciplinaridade e sistema de referência e contrarreferência nas unidades de saúde.

Esse estudo não apresenta riscos à integridade física ou mental dos participantes, assim como serão minimizados os riscos de contato com agentes patogênicos como o SARS-CoV-2, causador da doença Covid-19, uma vez que se trata de um questionário online. Caso surja algum desconforto ou não entendimento de alguma pergunta, a mesma será esclarecida pela

pesquisadora, por meio dos contatos especificados ao final deste termo. A sua participação não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. É importante constar que esta pesquisa está eticamente amparada pela resolução do Conselho Nacional de Saúde, CNS nº466/2012.

Os resultados que serão gerados advindos dos dados coletados serão utilizados na elaboração do relatório final da pesquisa, e podem ser utilizados também em artigos, apresentações em congressos ou outros eventos de cunho científico e/ou profissional.

Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa de Brasília/Fiocruz. Ou ainda, você poderá contatar a pesquisadora responsável Carolina da Silva Marcolino, pelo e-mail: carolina95marcolino@gmail.com, telefone: (67)99269-1162.

- Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como será realizada, os riscos e benefícios envolvidos. Concordo em participar voluntariamente dessa pesquisa.

ANEXO A- DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO CGES/SESAU

0049/2022



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 21 de Junho de 2022.

Carolina da Silva Marcolino

Pesquisador (a)

Aline Lam Orsi

Orientadora

Manoel Roberto dos Santos
Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Carolina da Silva Marcolino, inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 049.256.671-22, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 001.891.628, residente e domiciliado (a) à Rua Doutor José Vilela Bastos, Nº 620, Bairro: Rita Vieira, nesta Capital, telefone n°. (67) 99269-1162, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família, da Instituição SESAU/FIOCRUZ com o título do Projeto de Pesquisa: "O Cuidado Integral dos Usuários sob as Perspectivas dos Profissionais Enfermeiros e Médicos das Unidades de Saúde da Família que Aderem ao Programa de Residência em Campo Grande/MS", orientado (a) pela Professora **Alline Lam Orué** inscrita no CPF/MF sob n°. 005.924.691-07, portadora do documento de Identidade sob n°. 001440352, residente e domiciliada à Rua Antônio Vieira de Almeida, Nº. 480, Bairro: Residencial Oliveira II, nesta cidade, telefone n°. (67) 99633-5264, professora e pesquisadora do Curso de: Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Instituição SESAU/FIOCRUZ.

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS/ 21 de Junho de 2022.

Carolina da Silva Marcolino

Pesquisador (a)

Alline Lam Orué

Orientadora

Manoel Roberto dos Santos

Gerente de Extensão, Pesquisa e Pós-Graduação em Saúde
Coordenadoria-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B- FOLHA DE APROVAÇÃO DA PLATAFORMA BRASIL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO INTEGRAL DOS USUÁRIOS SOB AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E MÉDICOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ADEREM AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CAMPO GRANDE/MS

Pesquisador: CAROLINA DA SILVA MARCOLINO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60404822.2.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.528.185

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, que permitirá a verificação da existência de desafios no cuidado integral à saúde, a partir de dados primários coletados com auxílio de um questionário semiestruturado referente ao tema. Por meio desta pesquisa busca-se identificar, inicialmente, as problemáticas frente ao cuidado integral dos usuários através de um questionário online aplicado aos profissionais médicos e enfermeiros inseridos nos programas de residência, bem como buscar identificar vulnerabilidades que possam prejudicar a assistência aos indivíduos. Cerca de 70 residentes médicos e 47 residentes enfermeiros ingressantes no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) ou Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), nos anos de 2021 e 2022, serão convidados a participar desta pesquisa, além de 30 preceptores médicos e 16 preceptores enfermeiros, totalizando 163 participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: O presente trabalho tem por objetivo compreender o cuidado integral à saúde dos usuários sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

Objetivo Específicos:

- Investigar o cotidiano dos profissionais de saúde pertencentes ao programa de residência

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.904-130

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3329-4607

E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.528.185

através de questionário norteador;

- Identificar obstáculos predominantes que comprometam a assistência integral aos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esse estudo apresenta riscos mínimos aos participantes. Os riscos de contato com agentes patogênicos como o SARS-CoV-2 serão minimizados pelo uso de um questionário online. Caso surja algum desconforto ou não entendimento de alguma pergunta, a mesma será esclarecida pela pesquisadora. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Benefícios: O estudo beneficia indiretamente o participante pela geração e análise de dados que podem subsidiar ações e planejamentos estratégicos futuros que proporcionem a melhorias da integralidade e equidade dos usuários, garantindo, assim, a longitudinalidade do cuidado ofertado, facilitando a articulação dentre os diversos níveis de atenção à saúde, bem como execução de procedimentos, acompanhamentos, encaminhamentos e contrarreferenciamento, afim de garantir um cuidado resolutivo e de qualidade a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância técnico-científica para avaliação da assistência integral fornecida pelas Unidades de Saúde da Família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16 CNS, a pesquisadora deverá encaminhar para este CEP seu relatório final e, caso seja necessário, seu relatório parcial.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 5.528.185

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1977338.pdf	05/07/2022 22:16:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/07/2022 22:15:49	CAROLINA DA SILVA MARCOLINO	Aceito
Outros	049_Termos_de_Autorizacao_e_de_Responsabilidade_49_22.pdf	05/07/2022 22:11:48	CAROLINA DA SILVA MARCOLINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCR_CAROLINA.docx	05/07/2022 22:09:43	CAROLINA DA SILVA MARCOLINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_CAROLINA.pdf	05/07/2022 21:55:26	CAROLINA DA SILVA MARCOLINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 14 de Julho de 2022

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.904-130
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br