



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Lanzoni, Gabriela Marcellino de Melo; Koerich, Cintia; Meirelles, Betina Hörner Schlindwein;
Erdmann, Alacoque Lorenzini; Baggio, Maria Aparecida; Higashi, Giovana Dorneles Callegaro

**REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: REFERÊNCIA E
CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR**

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 4, e4730016, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004730016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465344006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DO PACIENTE EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni¹, Cintia Koerich², Betina Hörner Schlindwein Meirelles³, Alacoque Lorenzini Erdmann⁴, Maria Aparecida Baggio⁵, Giovana Dorneles Callegaro Higashi⁶

¹ Doutora em enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gabimrc@gmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: cintiakoerich@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: betinahsm@ig.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Enfermagem. Pós-Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gio.enfermagem@gmail.com

RESUMO

Objetivo: compreender o processo de referência e contrarreferência vivenciado pelo paciente com coronariopatia submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio.

Métodos: pesquisa qualitativa, ancorada na Teoria Fundamentada nos Dados. O cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar pública, referência em atendimento cardiovascular no Estado de Santa Catarina (Brasil). A coleta de dados ocorreu entre março de 2013 a junho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada envolvendo 21 participantes, distribuídos em três grupos amostrais (pacientes, profissionais de saúde e profissionais gestores).

Resultados: o processo de referência e contrarreferência aponta o fenômeno “Emergindo a alta complexidade como referência para a pessoa submetida à revascularização miocárdica diante da fragilidade da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no Sistema Único de Saúde”, sustentado por cinco categorias.

Conclusão: para que a referência aconteça há necessidade de consolidar o vínculo do paciente com coronariopatia com a atenção primária à saúde, uma vez que este encontra dificuldades no acompanhamento da sua condição na rede pública. Na contrarreferência evidenciou-se a desarticulação entre os serviços de atenção à saúde, a qual afeta o cuidado à pessoa submetida à revascularização miocárdica na manutenção da sua qualidade de vida.

DESCRITORES: Enfermagem. Revascularização miocárdica. Integralidade em saúde. Encaminhamento e consulta. Hospital.

MYOCARDIAL REVASCULARIZATION: PATIENT REFERRAL AND COUNTER-REFERRAL IN A HOSPITAL INSTITUTION

ABSTRACT

Objective: to understand the referral and counter-referral process experienced by the patient with coronary artery disease undergoing surgery for myocardium revascularization.

Methods: qualitative research, anchored on the Grounded Theory. The research scenario was a public hospital institution, reference in cardiovascular care in the State of Santa Catarina (Brazil). The data collection took place between March 2013 and June 2014, through a semi-structured interview involving 21 participants, distributed in three sample groups (patients, health professionals and management professionals).

Results: the process of referral and counter-referral points to the phenomenon “High complexity emerging as a reference for the person submitted to myocardial revascularization in view of the Primary Health Care fragility in the follow-up and articulation with other care levels in the *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System)”, supported by five categories.

Conclusion: in order to this referral to occur, there is a need to consolidate the patient's relationship with the coronary disease with the primary health care, since they face difficulties in monitoring their condition in the public network. In the counter-referral, the disarticulation between the health care services was evidenced, which affects the care regarding the person submitted to myocardial revascularization in the maintenance of their quality of life.

DESCRIPTORS: Nursing. Myocardial revascularization. Integrality in health. Referral and consultation. Hospital.

REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA: REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL PACIENTE EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

RESUMEN

Objetivo: comprender el proceso de referencia y contrarreferencia vivido por el paciente con coronariopatía sometido a la cirugía de revascularización del miocardio.

Método: investigación cualitativa, anclada en la Teoría Fundamentada en los Datos. El escenario de la investigación fue una institución hospitalaria pública, referencia en atención cardiovascular en el Estado de Santa Catarina (Brazil). La recolección de datos se realizó entre marzo de 2013 a junio de 2014, por medio de entrevista semiestructurada con 21 participantes, distribuidos en tres grupos muestrales (pacientes, profesionales de salud y profesionales gestores).

Resultados: el proceso de referencia y contrarreferencia apunta el fenómeno “Emergiendo la alta complejidad como referencia para la persona sometida a la revascularización miocárdica en vista la fragilidad de la Atención Primaria a la Salud en el seguimiento y articulación con los demás niveles de atención en el Sistema Único de Salud”, sostenido por cinco categorías.

Conclusión: para que la referencia suceda es necesario consolidar el vínculo del paciente con coronariopatía con la atención primaria a la salud, ya que éste encuentra dificultades en el seguimiento de su condición en la red pública. En la contrarreferencia se evidenció la desarticulación entre los servicios de atención a la salud, la cual afecta el cuidado a la persona sometida a la revascularización miocárdica en el mantenimiento de su calidad de vida.

DESCRIPTORES: Enfermería. Revascularización miocárdica. Integralidad en salud. Derivación y consulta. Hospital.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares configuram a principal causa de morte no Brasil e no mundo. Foram responsáveis por 33% das mortes em 2011, na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹. No Brasil, se constata redução da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares nas últimas décadas, especialmente regiões sul e sudeste do país, na faixa etária acima de 60 anos.² Além de investimentos em ações de promoção e prevenção de doenças articulados com avanços no tratamento de doenças isquêmicas do coração, ainda a cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e angioplastia coronariana são abordagens com importante colaboração para esse fato.¹

A CRM, indicada como tratamento de obstruções coronárias severas e extensas, é custeada pelo sistema público de saúde brasileiro. Entretanto, para a sua real efetivação, observam-se diversos obstáculos que evidenciam deficiências no processo de referência e contrarreferência do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS),³ bem como o reduzido número de leitos existentes no país, quando comparado à realidade dos países da OCDE.¹

Visando superar a fragmentação e desarticulação entre os serviços, as Redes de Atenção à Saúde, constituídas por organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por objetivos comuns e por ações interdependentes e cooperativas, visam garantir acesso equânime e atendimento qualificado.⁴

Pautada em três dimensões, a regulação no SUS se orienta pela integração da Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação

do Acesso à Assistência,⁵ às quais se submetem os fluxos organizadores internos das instituições. No caso das instituições hospitalares, este processo se dá por meio das linhas de cuidado, caracterizadas como uma estratégia de viabilização da integralidade da assistência diante de agravos ou demais condições específicas, bem como pelo Núcleo Interno de Regulação, que estabelece articulação com as Centrais de Regulação para informar e disponibilizar informações sobre o perfil assistencial da instituição e buscar apoio em outros serviços para tratamento e diagnóstico dos pacientes já internados.⁶

No entanto, mesmo com o desenvolvimento de políticas públicas para adequar a oferta de serviços assistenciais às demandas dos usuários, de forma ordenada, oportuna e racional, fundamentalmente baseados nos princípio da universalidade e equidade,⁷ o processo de referência e contrarreferência ainda está em implantação e aponta necessidade de melhorias.^{8,9}

Em especial, na linha de cuidado cardiovascular, considera-se frágil a regulação do acesso à assistência dos pacientes com coronariopatias e submetidos à CRM entre os serviços de saúde na perspectiva de pacientes, profissionais e gestores que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS)¹⁰ considerando o tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico como também a ausência de contrarreferência formal. Diante deste cenário, questiona-se: como se dá o processo de referência e contrarreferência do paciente com coronariopatia submetido à CRM com ênfase no contexto hospitalar? Neste sentido, o objetivo deste estudo é compreender o processo de referência e contrarreferência vivenciado pelo paciente com coronariopatia submetido à CRM com ênfase no contexto hospitalar.

MÉTODO

Esta é uma pesquisa qualitativa orientada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), pelo seu potencial de proporcionar melhor compreensão do fenômeno e ser um importante guia para a ação.¹¹ O cenário da pesquisa foi uma instituição hospitalar pública, referência em atendimento cardiovascular no Estado de Santa Catarina (SC), localizada ao sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre março de 2013 e junho de 2014, através de entrevista semiestruturada, conduzida por amostragem teórica, ou seja, direcionou-se à busca por bons informantes para obter um entendimento mais profundo dos casos analisados, favorecendo o desenvolvimento de conceitos.¹¹

Para a seleção dos participantes, foram critérios de inclusão: ser paciente e/ou profissional de saúde que vivenciou e/ou atuou em alguma etapa do processo de referência e contrarreferência para/ de CRM. O primeiro grupo amostral foi composto por sete pacientes internados no hospital referência, sendo uma mulher e seis homens. A entrevista semiestrutura foi realizada por duas pesquisadoras sem vínculo prévio com a instituição, contendo a seguinte questão norteadora: como você vivencia o processo de referência e contrarreferência após ser diagnosticado com coronariopatia e após ter sido submetido à CRM?

Da análise dos dados deste primeiro grupo amostral, surgiu a hipótese de que depende dos profissionais que prestam assistência a estes pacientes na alta complexidade a responsabilidade pelo encaminhamento a outros serviços de saúde, após a alta, de forma a dar continuidade ao acompanhamento de saúde. Assim, o segundo grupo amostral foi composto por nove profissionais de saúde (cinco enfermeiros, uma assistente social, dois médicos, um educador físico) que desenvolviam atividades diretamente relacionadas com os pacientes submetidos à CRM no cenário de coleta de dados. A pergunta foi: como você vivencia o processo de referência e contrarreferência do paciente com coronariopatia com indicação/submetido à CRM, desde a admissão até a alta ?

Na sequência, os dados indicaram os gestores de saúde como responsáveis pelas decisões sobre este processo. Logo, o terceiro grupo amostral foi formado por cinco profissionais de saúde vinculados ao grupo gestor da Secretaria Estadual de Saúde. O tamanho da amostra foi determinado por saturação teórica, na ocorrência de repetição de dados, inexistência de novos achados relevantes para as categorias já constituídas e consolidação

destas em suas propriedades e dimensões,¹¹ totalizando-se, assim, 21 entrevistas. As entrevistas foram individuais, gravadas em dispositivo digital, com duração média de 40 minutos, e posteriormente transcritas na íntegra. A coleta e análise dos dados ocorreram de forma simultânea e pautada pela análise comparativa, seguindo as etapas de codificação propostas pela TFD, quais sejam: codificação aberta, axial e seletiva.

A codificação aberta foi o primeiro passo para a análise, consistindo em separar e conceituar os dados obtidos, analisados linha a linha, e cada fala do entrevistado transformada em um código. Os agrupamentos de códigos formaram as subcategorias, identificadas de acordo com o que tratavam. A próxima etapa da análise foi a codificação axial, na qual os dados foram novamente agrupados, formando as categorias. A codificação seletiva foi a busca e desenvolvimento do fenômeno ou categoria central, sustentada pelas associações emergentes entre as categorias orientadas pelo modelo paradigmático, formada pelos componentes: contexto, condições causais e intervenientes, estratégias e consequências.¹¹ O software NVIVO® foi utilizado para ordenação e organização dos dados no processo de codificação.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo 120.184, de 08/10/2012 e CAAE: 03616612.6.0000.0121. A obtenção da anuência dos participantes se deu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para preservar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pela letra "E" seguida do número de ordem da entrevista (E1, E2, E3, ..., E21).

RESULTADOS

Da análise do processo de referência e contrarreferência do paciente coronariopata submetido à CEM, a partir de uma de instituição referência cardiovascular para o Estado de Santa Catarina, emergiram cinco categorias, sendo cada uma responsável por sustentar um dos cinco componentes do modelo paradigmático que, de forma interdependente e dinamicamente relacionadas, originaram o fenômeno: "Emergindo a alta complexidade como referência para a pessoa submetida à revascularização miocárdica diante da fragilidade da atenção primária à saúde no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no SUS".

Condições causais

A categoria “Identificando os sintomas da doença cardiovascular como geradores do processo” representa como se dá a entrada do paciente no sistema de saúde até a admissão no hospital. Em seus depoimentos, alguns pacientes relataram demora pela busca de assistência adequada por não identificarem os sinais e sintomas da doença, os quais eram comumente atenuados com automedicação, como ilustra a fala: *o que eu podia aguentar, eu aguentava, eu forçava. Eu tentava aliviar a dor com analgésicos [...] mas não aliviava. E a dor continuava [...] (E4)*.

A procura por cuidados em saúde só ocorreu quando os sintomas se agravaram, comprometendo as atividades cotidianas. Logo, alguns se direcionaram à Unidade Básica de Saúde (UBS), alguns procuraram por atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e a maioria se direcionou à Emergência Hospitalar. Na UBS, quando avaliados por profissional de saúde, esses pacientes foram orientados a procurar a UPA ou a emergência hospitalar. Para os que procuraram a UPA, a condição clínica foi estabilizada para, posteriormente, acontecer o encaminhamento ou remoção por serviço móvel de urgência para a unidade hospitalar.

Os pacientes relataram que não tinham o hábito de se consultar periodicamente a fim de realizar prevenção ou detecção precoce da doença coronária. A procura por atendimento se deu na condição aguda do infarto agudo do miocárdio (IAM), sendo o hospital a primeira escolha da maioria dos participantes. O acesso direto à emergência hospitalar, segundo pacientes, se deu em razão de considerarem esta opção mais segura e resolutiva na rede de atenção à saúde, já que podem realizar exames e obter avaliação mais rápida dos profissionais de saúde, quando comparada com outros serviços.

Contexto

A categoria “Descrevendo o complexo contexto da referência do paciente com coronariopatia e da contrarreferência deste paciente já submetido à CRM” apresenta o contexto no qual o fenômeno se desenvolve e evidencia o hospital como centro de referência para o Estado de Santa Catarina, em alta complexidade, para o paciente com coronariopatia, bem como para reabilitação cardíaca de pacientes submetidos à CRM. O hospital do estudo depende de recursos financeiros exclusivamente públicos para oferta e funcionamento de seus serviços, bem como para aquisição, manutenção ou ampliação de recursos materiais e humanos, estrutura física, entre

outros. Neste estudo, a estrutura física, é considerada insuficiente para atender a demanda e as necessidades dos pacientes referenciados para a mesma para tratamento cirúrgico da DCV, como se observa na fala do paciente: *o problema é a estrutura pequena, além da espera pelo atendimento e pela cirurgia. [...] (E5)*.

Em razão da demora na concretização de serviços (consultas com clínicos, especialistas e/ou realização de exames) na rede pública, os pacientes procuram atendimento na rede particular para acesso a consultas com especialistas e para realização de exames. Ademais, essa demora justifica a procura dos pacientes pelas emergências dos hospitais, condição que revela o comprometimento do processo de referência. Já a contrarreferência do paciente que foi submetido à CRM para um serviço de menor complexidade é evitada pela equipe de saúde do hospital referência, pois, segundo os depoentes, são áreas de atenção em saúde que não estão preparadas com recursos humanos qualificados e em quantidade suficiente, bem como com recursos tecnológicos necessários para atender essa clientela específica.

Condições intervenientes

A categoria “Dificuldades para acontecer o processo de referência e contrarreferência em saúde do paciente coronariopata e revascularizado” relata as dificuldades referentes à atenção primária e especializada em saúde percebidas pelos participantes, quais sejam: reduzido número de consultas médicas na atenção básica e especializada; sobrecarga de trabalho e falta de conhecimento especializado do profissional da APS, que comprometem a capacidade de diagnóstico e de cuidado do paciente coronariopata e revascularizado; baixa resolutividade dos problemas em saúde dos pacientes na atenção básica e especializada em saúde; atendimento das UBS em horários e dias da semana que não contemplam a clientela com vínculo formal de trabalho. Estas condições são possíveis causas de sobrecarga de atendimento nas UPAs e Emergências hospitalares.

Ainda, de acordo com os depoimentos, a dificuldade para a atenção primária e especializada em saúde obter êxito no processo de referência do paciente para tratamento precoce da doença coronária no hospital, nos primeiros sinais e sintomas, é a demora de esse paciente ser atendido devido à falta de leitos para internação e tratamento cirúrgico, como observado na fala: *o problema é de estrutura física [...]. O impedimento está no número de leitos de pós-operatório (E12)*.

Conforme apontaram os profissionais, a con-

trarreferência do paciente da unidade hospitalar para outros serviços não ocorre, principalmente por falta de especialistas e de preparo dos profissionais generalistas para lidar com os casos complexos, como a condição dos pacientes revascularizados. Por essas razões há desarticulação entre os serviços de atenção à saúde no processo de contrarreferência do paciente revascularizado.

Estratégias

As estratégias para o alcance do fenômeno são representadas pela categoria “Apontando estratégias de organização do fluxo de pacientes para CRM e indicando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como ferramenta para a contrarreferência”. Esta descreve o Sistema de Regulação (SISREG) como sistema nacional, gratuito, informatizado, que integra e gerencia todo o complexo regulatório desde a APS até a alta complexidade. Mesmo que esteja em processo de implantação e apresente problemas inerentes a qualquer processo que se inicia, o SISREG busca organizar e sistematizar os critérios de prioridade para exames, consultas e internações baseados em protocolos e em capacitações para os profissionais *in loco*, com o suporte de profissionais reguladores no nível central da esfera estadual. Desta forma, o SISREG pode beneficiar a rede de atenção à saúde, ordenando o fluxo de pacientes de forma humanizada, considerando suas prioridades clínicas, e permitindo a utilização mais eficiente dos serviços e leitos hospitalares, como ilustra a fala: *a partir do momento que existe UTI, o leito é entregue a essa regulação. O pós-operatório, especificamente, não deve nem entrar nesse hall de leitos porque ele já é pouco para nossa clientela [...] a gente já tem um fluxo grande no centro cirúrgico dos pacientes que aguardam dentro das próprias instituições (E9).*

O estudo aponta a SAE como ferramenta para favorecer e aperfeiçoar o fluxo interno do paciente no contexto hospitalar, bem como a importância de enfermeiros no processo de orientação para alta, conforme ilustram as falas: *na verdade, o paciente é de municípios distantes [...] e os registros de enfermagem são fundamentais para o cuidado dele aqui [...] e ele mesmo quer continuar sendo atendido no seu município [...] (E14). Como ação de gestão, ainda gostaria de desenvolver um projeto aqui no hospital como uma sala de alta, onde terá um enfermeiro só para garantir que o paciente saia bem orientado e saiba para qual serviço ele irá e visualize seu plano de cuidados (E8).* Assim, os participantes indicaram a necessidade de sistematização como uma oportunidade para potencializar o cuidado de

enfermagem nos diversos serviços de saúde, como também dar visibilidade para a profissão.

Consequências

O componente denominado consequências é representado pela categoria “Sendo o ambulatório e o serviço de reabilitação cardíaca hospitalar a referência em saúde para acompanhamento e reabilitação do paciente revascularizado”.

Em razão da incipiente estrutura da atenção básica e especializada à saúde nos municípios da grande Florianópolis e do Estado de Santa Catarina para acompanhamento e reabilitação dos pacientes submetidos a CRM, profissionais e pacientes apontaram o ambulatório e o serviço de reabilitação cardíaca hospitalar para acompanhamento especializado e reabilitação cardíaca do paciente revascularizado, como ilustram as falas: *o paciente revascularizado é bem específico... Se houver alguma suspeita de descompensação, é difícil para o clínico manusear na rede básica. Tem certas medicações que o cardiologista, em especial do nosso ambulatório, que sabe quanto tempo ele vai usar (E11). [Os profissionais] falaram: 'Se você sentir alguma coisa de lá [domicílio] já vem pra cá [hospital], mostra para o médico e já é atendido na hora. [...] E, para a consulta de rotina, tenho o encaminhamento para marcar no ambulatório' (E2).*

O serviço de reabilitação possui espaço próprio, com equipamentos e profissionais de reabilitação, sendo utilizado por pacientes que possuem condições físicas, mentais e de transporte para usufruir o mesmo. Já o ambulatório atende pacientes da Grande Florianópolis e de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

Alguns participantes apontaram que a contrarreferência envolve todo o processo de orientações para a alta. Ainda, reconheceram que é no momento da alta que os profissionais transmitem o maior volume de informações e, naquele momento, o paciente, ansioso pela alta, pouco assimila as orientações ofertadas, como ilustra a fala: *após a cirurgia, antes de ir para casa, é que eles [profissionais] me orientaram como que pode comer, o que pode fazer, o que não pode fazer. É muita coisa, né? (E3).* Assim, os profissionais indicaram que as orientações para alta devem ser realizadas diariamente, durante a recuperação pós-cirúrgica, visando consolidar gradativamente as informações para o autocuidado no período pós-operatório e, posteriormente, na comunidade.

Ainda, nos depoimentos foi apontada a falta de contrarreferência entre os serviços de atenção à saúde, conforme refere o anseio de um profissional:

espera-se que o médico escreva uma carta de contrarreferência para que o médico da unidade local saiba o que está acontecendo com o seu paciente. Caso contrário, o paciente desaparece e aparece cinco anos depois, com uma cicatriz no peito. [...] Como o clínico vai manejá-la uma gripe de repente? Como pensar a reabilitação se não há nada estruturado? (E21). O indivíduo retorna para o domicílio sem o conhecimento dos profissionais da APS quanto à sua condição e às particularidades relacionadas ao processo de recuperação cirúrgica e de reabilitação cardíaca.

DISCUSSÃO

O processo de referência do paciente submetido à CRM é iniciado pela busca de atendimento após a identificação de um evento cardíaco agudo. Em estudo realizado para comparar o prognóstico e tempo de espera por intervenção especializada revela que o reconhecimento dos sinais e dos sintomas de IAM pelo paciente foi fator determinante para a procura de atendimento especializado.¹² Em investigação qualitativa com mulheres que sofreram IAM, elas apresentaram pouca clareza em avaliar com precisão o seu risco cardiovascular, pobres comportamentos preventivos de saúde e atraso na procura de cuidados baseado nos sintomas.¹³ Três fatores foram elaborados por pacientes como comportamento apropriado para reduzir o atraso na busca pelo atendimento em saúde após o início dos sintomas: identificar os sintomas como sendo de origem cardíaca, ter um plano de ação preparado no caso de uma situação de emergência e estar com alguém ou entrar em contato com outras pessoas.¹⁴

Apesar de a APS ser compreendida como porta de entrada da rede de atenção à saúde, devendo conduzir os usuários aos demais serviços do sistema (média complexidade e hospitais) por meio do mecanismo de referência, os quais devem reconduzir esses à APS por meio da contrarreferência, compete aos gestores municipais aperfeiçoar as condições de acesso dos usuários à atenção básica e respectiva regulação e adequar a oferta de serviços para garantir cobertura de consultas e procedimentos médicos especializados.¹⁵ Essas ações podem diminuir a sobrecarga de atendimento das UPAs e emergências hospitalares.

Neste estudo, a maioria dos pacientes procurou o serviço de emergência hospitalar na percepção dos sintomas de doença para terem acesso a exames e a resolução do seu problema por internação, caso necessário. Consoante ao que se observa neste estudo, a procura da população é maior pelos serviços de urgência e de emergência, em detrimento da

APS. Por conseguinte, os primeiros tornam-se a porta de entrada preferencial de atenção à saúde pelos usuários dos serviços da rede de saúde.¹⁵ Em parte, esse descompasso com as políticas públicas ocorre em virtude das necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde deste estudo e a oferta de serviços de diferentes níveis de densidade tecnológica na rede de atenção à saúde, particularmente à atenção especializada e tecnologia para diagnóstico. Tal condição configura-se em obstáculo aos usuários e em desafio aos gestores para enfrentamento e avanços necessários à ampliação do acesso, à organização e regulação dos serviços na rede.¹⁶⁻¹⁷

Ofertar especialistas e qualificar os profissionais da atenção básica configura um desafio de recursos humanos ao sistema de saúde para atender a demanda de pessoas acometidas por doença coronariana e as revascularizadas, na referência e na contrarreferência. No entanto, a gestão desse desafio é complexa.¹⁸

As internações na alta complexidade hospitalar, como é o caso da cirurgia cardiovascular, bem como dos leitos complementares (UTI) deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).¹⁹ No entanto, na realidade do estudo, os leitos de UTI coronariana, em sua maioria, são geridos pela própria instituição hospitalar.

Tal condição limita o acesso de usuários vindos de outras instituições e torna o processo de espera pela cirurgia cardiovascular moroso, mesmo dos pacientes já internados na emergência, principalmente devido à insuficiente oferta de leitos para internação na unidade coronariana, à indisponibilidade de sala cirúrgica e de anestesistas.²⁰⁻²¹ Consequentemente, a demasiada espera pela cirurgia é responsável por exacerbação de ansiedade e piora da condição de saúde de alguns pacientes,²¹ culminando na ocorrência de complicações graves ou o óbito de pacientes enquanto aguardam a cirurgia.

Estratégia específica da gestão clínica hospitalar orientada pelo sistema Kanban, constituído de lista informatizada com todos os leitos, pacientes da unidade de internação e tempos médio de permanência, em unidade de retaguarda em Porto Alegre (Brasil), revelou melhorias nos processos de cuidado articuladas à maior oferta de leitos aos usuários.²²

Entretanto, apesar dos bons resultados nos indicadores hospitalares após a implantação de um NIR de leitos em uma instituição referência em São Paulo (Brasil), verifica-se a necessidade de expansão das ações regulatórias considerando a densa rede de serviços do SUS.²³

Para o fluxo externo, o SISREG foi mencionado como uma ferramenta de gestão informatizada em implantação. Gestores do complexo regulador buscam garantir o atendimento equânime a todos, enquanto avaliam a necessidade de ampliação da oferta de cotas ou realocação de recursos de acordo com os indicadores de acesso.⁹ Embora os gestores vinculados à NIR e ao SISREG sejam ordenadores do processo de referência e contrarreferência, este depende dos profissionais atuantes na assistência direta para funcionar considerando a necessidade de atualização do sistema,²⁴ com dados clínicos claros e detalhados para possibilitar a tomada de decisão. Assim, no processo de busca e espera pelo atendimento, especialmente quando já internados e vivenciando a espera pela CRM, os pacientes reconhecem como vantagem serem capazes de discutir seus problemas cardíacos com a equipe de saúde como meio de diminuir o medo e ansiedade.²⁵ Destaca-se que, a coordenação de unidades de internação hospitalar é exercida por enfermeiros, aos quais importa entender as estratégias utilizadas pelos pacientes para administrar suas emoções durante o período que antecede a cirurgia de revascularização do miocárdio diantes das adversidades, assim como durante todo o processo cirúrgico.⁸

Nesse sentido, os enfermeiros são citados pelos participantes para documentarem suas orientações, em especial as de alta, visando fazer uma ponte entre o hospital e a APS pela SAE e a “sala de alta”. Uma proposta de “sala de alta” corrobora com estudo que aponta ênfase na continuidade do tratamento após alta; redução da reincidência das internações, resolutividade dos encaminhamentos; e responsabilidade do usuário e seus familiares no processo de tratamento.²⁶ Em recente revisão sobre o planejamento da alta hospitalar como um cuidado de enfermagem, é destacada a importância de desenvolvimentos e execução de um plano de alta hospitalar realizado por um enfermeiro, aproveitando o tempo de internação como uma oportunidade para implementação da educação em saúde. Pautado pela SAE, cujas orientações de alta e encaminhamento a outros serviços na Rede de Atenção seriam intervenções aplicadas permitindo a continuidade do cuidado por meio da padronização da linguagem profissional com adoção da taxonomia da *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification* (NANDA-I) ou da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]).²⁷

Os profissionais deste estudo apontam obstáculos para contrarreferenciar os pacientes à APS e relatam uma estrutura favorável à continuidade do

acompanhamento no ambulatório e na reabilitação cardíaca com vínculo entre paciente e profissionais e suporte para a fase de pós-alta. Apesar disso, cabe ressaltar que, para promover a saúde, o tratamento de doenças ou agravos e reabilitação, o acompanhamento da pessoa com coronariopatia e submetida à CRM requer a integração de todos os serviços na rede de atenção à saúde, articulada pelo processo de referência e contrarreferência, para garantir atenção integral e continuada.¹⁰ No entanto, como neste estudo, a contrarreferência é condição não ou pouco verificada em outras realidades brasileiras e nos países das Américas referendadas pela Organização Mundial de Saúde, apesar da sua necessidade para a continuidade dos cuidados e o controle de saúde.²⁸

Registra-se que a definição de diretrizes e protocolos clínicos de fluxos e contrafluxos de atendimento e mapeamento da rede de serviços de saúde, por profissionais de saúde e gestores, pode fundar a base para o sistema de referência^{17,28} e também de contrarreferência para os usuários dos serviços de saúde e para os profissionais que atuam nesses serviços.

Tais protocolos, para serem efetivados e serem aplicáveis, requerem que sejam articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, a práticas que fortaleçam a microrregulação na atenção básica e propiciem a comunicação entre unidades básicas, centrais de regulação e serviços especializados. No processo de referenciamento em cardiologia, destaca-se a incorporação das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e de regulação do acesso, seja para o paciente com necessidade de encaminhamento para emergência, para investigação diagnóstica ou para a especialidade.¹⁷

Dessa forma, vislumbra-se que a transição entre os serviços de atenção à saúde, ou seja, da unidade hospitalar para a APS, deva ser monitorada para que se efetive na prática. O enfermeiro pode potencializar este processo de contrarreferência, uma vez que na APS foi evidenciado um efeito favorável de centros de saúde conduzidos por enfermeiros sobre a mortalidade por todas as causas e infarto, maior adesão aos medicamentos em pacientes com doenças cardiovasculares e aderência ao tratamento.²⁹ Ainda, em revisão sistemática sobre intervenções de enfermagem para a prevenção secundária de eventos cardiovasculares, verificou-se impacto benéfico em pacientes com doença arterial coronariana ou insuficiência cardíaca.³⁰

Um programa ampliado de continuidade da atenção em saúde do hospital para a atenção primária fortaleceu as parcerias entre os pacientes, mé-

dicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde do hospital e da APS. Como resultado foi possível verificar melhora da autoeficácia e do retorno ao trabalho ou nível de atividade anterior dos pacientes sem causar agravamento ou significativas alterações em sua situação clínica.³¹ Há necessidade de superar a fragmentação do sistema, as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, reduzir as reinternações hospitalares, e melhorar a função cardíaca e qualidade de vida das pessoas submetidas à CRM, dentre outros.

Embora este estudo tenha dado ênfase ao contexto hospitalar e setores administrativos do nível estadual, a não realização de coleta junto à APS apresentou-se como limitação, entretanto, foi possível obter como direcionamento para a prática profissional que os profissionais dos diferentes serviços necessitam estar sensíveis ao recebimento e acompanhamento de pessoas que foram ou serão submetidas à CRM visando garantir um cuidado seguro e de qualidade.

CONCLUSÃO

O processo de referência e contrarreferência aponta o fenômeno “Emergindo a alta complexidade como referência para a pessoa submetida à CRM diante da fragilidade da APS no acompanhamento e articulação com os demais níveis de atenção no SUS”. Evidencia-se a necessidade de consolidação do vínculo entre o paciente com cardiopatia e a APS, uma vez, que este encontra dificuldades no acompanhamento da sua condição na rede pública, interferindo no seu referenciamento a outros serviços, conforme sua necessidade de saúde, e fazendo com que a porta de entrada no sistema de saúde seja a alta complexidade.

No entanto, é no processo de contrarreferência que se mostra mais evidente o problema da desarticulação entre os serviços na Rede de Atenção à Saúde, a qual afeta o cuidado à pessoa submetida à CRM na manutenção da sua qualidade de vida. Embora, neste contexto, mesmo com a atuação do SISREG, seja observada a necessidade de estruturação e fortalecimento da referência para que a contrarreferência possa se efetivar, revela-se importante espaço para atuação do enfermeiro por meio da consolidação de fluxos internos e externos com auxílio da SAE e das orientações para alta.

REFERÊNCIA

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2013: OECD indicators*, OECD Publishing [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
2. Mansur AP, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of São Paulo: a 2011 update. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 25]; 99(2):755-61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010&lng=en&nrm=iso&tlang=en
3. Serra CG, Rodrigues PHA. Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2017 Oct 25]; 15(Supl. 3):3579-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033
4. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 19(1):169-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. 2008 [cited 2017 Ago 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). 2013 [cited 2017 Oct 18]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Erdmann AL, Lanzoni GMM, Callegaro GD, Baggio MA, Koerich C. Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]; 21(1):332-42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100007
9. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the health access in a large municipality. *Saúde debate* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25]; 40(11):63-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>
10. Cunha KS, Higashi GDC, Erdmann AL, Kahl C, Koerich C, Meirelles BHS. Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counterreference

- in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25]; 50(6):963-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000700013>
11. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2^a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
12. Bastos AS, Beccaria LM, Contrin LM, Cesarino CB. Time of arrival of patients with acute myocardial infarction to the emergency department. Rev Bras Cir Cardiovasc [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 25]; 27(3):411-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-76382012000300012&lng=en&nrm=iso&tlang=en
13. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Watanabe E, Allen NB, Garavalia B, Garavalia LS, et al. Symptom recognition and healthcare experiences of young women with acute myocardial infarction. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 8(1):S31-8. Available from: <http://circoutcomes.ahajournals.org/content/early/2015/02/24/CIRCOUTCOMES.114.001612>
14. Herning M, Hansen PR, Bygbjerg B, Lindhardt T. Women's experiences and behaviour at onset of symptoms of ST segment elevation acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2011 [cited 2017 Oct 25]; 10(4):241-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071278>
15. Gomes DM, Avelino CCV, Nogueira DA, Sá MD, Goyatá SLT. Avaliação da produção e cobertura assistencial em saúde. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 29(4):382-90. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v29i4.14013>
16. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]; 22(3):780-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000300026>
17. Ministério da Saúde (BR). Cardiologia. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016.
18. Morici MC, Barbosa ACQ. A Gestão de Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Adm Pública [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]; 47(1):205-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n1/v47n1a09.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de regulação. Avaliação e controle de sistemas. Coordenação de programação da assistência. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
20. Baggio MA, Erdmann AL, Higashi GDC, Koerich C, Lanzoni GMM. Descoberta da doença cardiovascular: associando causas e vivenciando o contexto da instituição hospitalar de referência. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25]; 24(4):1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.7952>
21. Lanzoni GMM, Higashi GDC, Koerich C, Erdmann AL, Baggio MA. Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 24(1):270-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100270
22. Anschau F, Webster J, Roessler N, Fernandes EO, Klafe V, Silva CP, et al. Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. Sci Med [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 25]; 27(2):ID26575. Available from: <10.15448/1980-6108.2017.2.26575>
23. Rodrigues LCR, Monti JCMC. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 13(1):96-102. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3235>
24. Cecíliano TM, Duque PHC, Nascimento GE. Duplicidades em marcações de consultas pelo Sistema Nacional de Regulação - SISREG. Acad Rev Cient da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 25]; 1(1). Available from: <https://smsrio.org/revista/index.php/revia/article/view/127>
25. Bulhões M, Kelminda M, Andrade TM. What do patients think about while waiting for myocardial revascularization? Crit Pathw Cardiol [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]; 12(4):188-91. Available from: http://journals.lww.com/critpathcardio/Abstract/2013/12000/What_Do_Patients_Think_About_While_Waiting_for.4.aspx
26. Batista CSDG, Silvino ZR. Implantação do serviço pioneiro de orientação de alta em um hospital estadual: relato de experiência. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 25]; 8(3). Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4125>
27. Delatorre PG, Sá SPC, Valente GSC, Valente GSC, Silvino ZR. Planning for hospital discharge as a strategy for nursing care: integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2017 Oct 25]; 7(spe). Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3968/pdf_4297
28. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014 [cited 2017 Oct 25]; 38(esp):209-20. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016>

29. Bdeir B, Conboy T, Mukhtar A, Omer H, Odeh R, Farah I, et al. Impact of a nurse-led heart failure program on all-cause mortality. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 30(2):7-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24496326>
30. Allen JK, Dennison CL. Randomized trials of nursing interventions for secondary prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: systematic review. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2010; 25(3):207-20
- 20 [cited 2017 Oct 25]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2038624331>.
31. Fors A, Ekman I, Taft C, Björkelund C, Frid K, Larsson ME, et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care: a randomised controlled trial. *Int J Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 25]; 187(1):693-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016752731500594X>

Correspondência: Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni
Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Enfermagem
Centro de Ciências da Saúde – bloco I
88090400 - Trindade, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: gabimrc@gmail.com

Recebido: 07 de fevereiro de 2017
Aprovado: 08 de novembro de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of
the Creative Commons (CC BY).