

Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato

Counter-referral: strategy for continuity of care in the health of women and newborns

Contrarreferencia: estrategia para la continuidad de la atención en salud de la mujer y el recién nacido

Letícia Siniski de Lima¹ 
Elizabeth Bernardino¹ 
Otília Beatriz Maciel da Silva¹ 
Aida Maris Peres¹ 
Tatiane Herreira Trigueiro¹ 

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

Autor correspondente:

Letícia Siniski de Lima
E-mail: leticia.skidelima@gmail.com

Como citar este artigo: Lima LS, Bernardino E, Silva OBM, Peres AM, Trigueiro TH. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. Rev. Eletr. Enferm. 2023;25:73154. <https://doi.org/10.5216/reev25.73154> Português, Inglês.

Extraído da dissertação de Mestrado: “Gestão de alta como estratégia para a continuidade do cuidado na atenção a mulher e recém-nascido”, defendida em 2021, no programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

Recebido: 17 junho 2022
Aceito: 09 março 2023
Publicado online: 14 julho 2023

RESUMO

Objetivo: avaliar a contrarreferência como estratégia para a continuidade do cuidado às mulheres e recém-nascidos de uma maternidade de risco habitual para a atenção primária de saúde. **Métodos:** estudo qualitativo realizado em maternidade de risco habitual e em unidades de saúde em Curitiba, Paraná, Brasil. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2020, com enfermeiros das unidades de saúde e mulheres que tiveram a alta contrarreferenciada da maternidade. Mediante análise de conteúdo, as falas foram estratificadas em temas e subtemas pré-definidos pelo referencial teórico adotado, que prevê três categorias de continuidade do cuidado e suas respectivas dimensões. **Resultados:** participaram oito enfermeiros e seis puérperas. Emergiram das entrevistas 26 estratos. Destacaram-se, na Categoria informacional, a dimensão “o uso das informações obtidas pela contrarreferência para continuidade do cuidado”; na Categoria relacional a dimensão “a importância de vínculo entre profissionais e pacientes”, e na Categoria gerencial “a utilização de mecanismos de rede para um cuidado efetivo”. **Conclusão:** a contrarreferência foi evidenciada como estratégia para continuidade de cuidado pelos dois grupos investigados, capaz de proporcionar subsídios para promover um cuidado eficiente para as puérperas. Entretanto, há necessidade de otimizar instrumentos de contrarreferência padronizados, efetivando o processo na rede de saúde.

Descritores: Continuidade da assistência ao paciente; Regulação e fiscalização em saúde; Administração de serviços de saúde; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to evaluate counter-referral as a strategy for the continuity of care of women and newborns from a usual-risk maternity hospital to primary health care. **Methods:** qualitative study developed in a usual-risk maternity and in health units in Curitiba, Paraná, Brazil. Data collection period was between September and November 2020 with nurses from the health units and women who had counter-referral discharge from the maternity hospital. After content analysis, the speeches were divided into themes and subthemes predefined by the theoretical framework adopted, which provides for three categories of continuity of care and their respective dimensions. **Results:** eight nurses and six puerperal women participated. Twenty-six strata emerged from the interviews. Highlights, in the Informational category, the dimension “the use of information obtained by counter-referral for continuity of care”; in the Relational category, the dimension “the importance of professional-patient bonding”, and in the Managerial category, “the use of network mechanisms for effective care”. **Conclusion:** the counter-referral was evidenced as a strategy for continuity of care by the two groups investigated, capable of providing support to promote efficient care for puerperal women. However, there is a need to optimize standardized counter-referral instruments, making the process effective in the health network.

Descriptors: Continuity of Patient Care; Healthcare Coordination and Monitoring; Health Services Administration; Maternal-Child Health Services; Nursing.

© 2023 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



RESUMEN

Objetivo: evaluar la contrarreferencia como estrategia para la continuidad de la atención a mujeres y recién nacidos en una maternidad de riesgo habitual para la atención primaria de salud. **Métodos:** estudio cualitativo desarrollado en maternidades de riesgo habitual y en unidades de salud de Curitiba, Paraná, Brasil. El período de recolección de datos fue entre septiembre y noviembre de 2020 con enfermeros de las unidades de salud y mujeres que tuvieron alta por contrarreferencia de la maternidad. A través del análisis de contenido, los discursos fueron divididos en temas y subtemas predefinidos por el referencial teórico adoptado, que prevé tres categorías de continuidad del cuidado y sus respectivas dimensiones. **Results:** eight nurses and six puerperal women participated. Twenty-six strata emerged from the interviews. Highlights, in the Informational category, the dimension “the use of information obtained by counter-referral for continuity of care”; in the Relational category, the dimension “the importance of professional-patient bonding”, and in the Managerial category, “the use of network mechanisms for effective care”. **Conclusión:** la contrarreferencia se evidenció como una estrategia de continuidad del cuidado por parte de los dos grupos investigados, capaz de brindar apoyo para promover el cuidado eficiente de la púérpera. Sin embargo, existe la necesidad de optimizar los instrumentos estandarizados de contrarreferencia, haciendo efectivo el proceso en la red de salud.

Descriptor: Continuidad de la Atención al Paciente; Regulación y Fiscalización en Salud; Administración de los Servicios de Salud; Servicios de Salud Materno-Infantil; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado por meio da Rede de Assistência à Saúde (RAS), a qual busca assistência em saúde de forma integral, não fragmentada, baseada em ações preventivas, curativas e de reabilitação, com vistas à continuidade do cuidado^(1,2).

A continuidade do cuidado, por sua vez, deve observar as necessidades e preferências do mesmo, de forma progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada, e, ainda, deve ser percebida pelo usuário que recebe assistência à saúde⁽³⁾. É classificada em três categorias ou tipos: informacional, relacional e gerencial. Cada uma delas apresenta diferentes dimensões.

A “Continuidade informacional do cuidado”, possui duas dimensões. A primeira é “transferência da informação”, que trata do registro e disponibilidade das informações do paciente para os profissionais de saúde ou serviços de saúde, e a segunda é “conhecimento acumulado do paciente”, que prevê a compreensão sobre valores e preferências do paciente, e de como estes fatores influenciarão no planejamento do cuidado^(3,4).

Por sua vez, na “Continuidade relacional”, estão incluídas as seguintes dimensões: “vínculo entre o paciente e provedor”, que consiste na relação terapêutica firmada por meio de um contrato implícito entre as partes, e depende da duração e do tipo de cuidado envolvido; e “estabilidade da equipe de saúde”, que valoriza a manutenção da mesma equipe responsável pelo atendimento, de modo a promover o estabelecimento de confiança entre o paciente e a equipe, respeitando suas crenças e a individualidade^(3,4).

Finalmente, a “Continuidade gerencial”, contempla as dimensões “consistência do cuidado” e “flexibilidade”. A primeira envolve a coordenação da atenção à saúde, a garantia do recebimento de cuidado de forma coesa e

complementar entre si, permitindo a interação da equipe multiprofissional dentro do serviço e entre diferentes serviços; e a última prevê a flexibilização do plano de cuidado, lançando mão da versatilidade na prestação de cuidados quando necessário^(3,4).

Estas categorias e respectivas dimensões relacionadas à continuidade do cuidado, devem ser estabelecidas no âmbito intra-hospitalar, bem como entre as instituições dos diferentes níveis de atenção à saúde. Porém, persistem as situações de descontinuidade na assistência à saúde nas diferentes linhas de cuidado⁽⁵⁻⁸⁾. Dificuldade no acesso às informações, constitui-se em um dos exemplos da fragmentação dos cuidados prestados aos pacientes, causado pela ineficiência ou ausência de comunicação formal entre os níveis de atenção⁽⁹⁾.

Para diminuir esta lacuna apontada, são utilizadas estratégias de transição dos cuidados como: planejamento de alta, contrarreferência, educação do paciente e promoção do autogerenciamento, segurança no uso de medicações, comunicação assertiva de informações, em busca da efetivação do conceito de continuidade do cuidado, dentre as quais destaca-se o processo de contrarreferência^(10,11).

A contrarreferência é uma estratégia que reúne um conjunto de atividades administrativas e assistenciais definidas na referência do usuário de um estabelecimento de saúde de maior densidade tecnológica no retorno do usuário ao seu estabelecimento de origem, a fim de garantir a continuidade do cuidado^(12,13).

Nesta perspectiva, um hospital universitário no sul do Brasil, implementou o Serviço de Gestão de Alta, que realiza a gestão de casos e a contrarreferência para outros níveis da RAS, para todas as áreas do hospital, dentre elas a linha de cuidado obstétrica.

Embora essa linha de cuidado possua uma clientela diferenciada, devido a maior parte desta população não

apresentar uma condição crônica de saúde, a continuidade do cuidado é necessária para prevenir a morbimortalidade materno-infantil, e aumentar a qualidade de vida na sociedade⁽¹³⁾.

Neste contexto, este estudo tem como objetivo avaliar a contrarreferência como estratégia para a continuidade do cuidado às mulheres e recém-nascidos de uma maternidade de risco habitual para a atenção primária de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo exploratório, desenvolvido com profissionais e mulheres atendidas em Unidades Municipais de Saúde (UMS), que têm vinculação de referência com uma maternidade de risco habitual de Curitiba (estado do Paraná, Brasil). Curitiba possui 111 UMS, destas 47 são referência para a maternidade estudada. Entre estas, 45 receberam contrarreferência no ano em que foi realizado o estudo.

Os participantes da pesquisa foram enfermeiros destas UMS e puérperas atendidas na maternidade de referência, e que foram para estas unidades contrarreferenciadas. A seleção dos participantes foi a partir de um banco de dados fornecido pelo serviço. As mulheres foram contactadas de acordo com a disposição sequencial da planilha fornecida e os enfermeiros foram selecionados a partir das UMS que receberam mais contrarreferências no ano de 2019. O critério de inclusão para os enfermeiros das UMS foi ter recebido ao menos três contrarreferências, provenientes da maternidade durante o ano de 2019. Foram excluídos enfermeiros afastados de seu trabalho por qualquer motivo. Para as puérperas, os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos e que tiveram a sua alta contrarreferenciada pelo Serviço de Gestão de Altas da maternidade. Foram excluídas aquelas não residentes em Curitiba.

Após busca no banco de dados da maternidade, foi realizado contato telefônico com os participantes de ambos os grupos a fim de relatar o objetivo da entrevista e do trabalho, e agendar a data da entrevista. No momento da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado pelos participantes.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: na primeira, de 02 setembro a 03 de novembro de 2020, foram entrevistados oito enfermeiros das UMS e na segunda etapa, de 15 de outubro a 10 novembro de 2020, foram entrevistadas seis mulheres contrarreferenciadas para as UMS. Todas as entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora.

As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e a análise temática seguiu os passos de Braum e Clarke⁽¹⁴⁾, ou seja: a familiarização com os dados; a codificação; a procura por padrões ou temas; a revisão dos

temas; a nomeação dos temas e a produção do relatório de pesquisa, de forma dedutiva dirigida pelo interesse teórico do pesquisador, com temas e subtemas pré-definidos pelo referencial teórico de continuidade do cuidado⁽⁴⁾.

Assim, o discurso dos participantes foi estratificado de acordo com os temas: continuidade informacional, relacional e gerencial, e classificados de acordo com os subtemas (dimensões das continuidades), conforme as falas das puérperas e dos enfermeiros. Trechos das falas dos entrevistados foram indicados como E para enfermeiros e M para mulher, adicionado de um número sequencial, para preservar a identidade dos participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Curitiba (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE nº 14087619.4.0000.0096; parecer nº 4.161.855).

RESULTADOS

A idade dos enfermeiros variou entre 27 e 54 anos. Sete eram do sexo feminino, e um do sexo masculino, tendo uma média de tempo de trabalhado na atenção primária de sete anos.

As puérperas tinham entre de 18 a 45 anos de idade. Duas delas estudaram até o ensino fundamental, três completaram o ensino médio e uma cursou ensino superior, porém sem conclusão.

As falas de enfermeiros e puérperas originaram 26 estratos que se referiam a diferentes categorias da continuidade do cuidado e suas dimensões.

Avaliação dos tipos de continuidade do cuidado e suas dimensões no processo de contrarreferência da maternidade de referência para as unidades básicas de saúde

Foram identificados 10 estratos de falas que faziam alusão à categoria “Continuidade informacional”, que apresenta como dimensões: “transferência da informação” e “conhecimento acumulado do paciente” (Quadro 1).

Foram identificados cinco estratos (Quadro 2) na temática “Continuidade relacional”, e as respectivas dimensões (“vínculo entre o paciente e provedor” e “estabilidade da equipe de saúde”).

Foram identificados 11 estratos nos discursos que remetiam a dimensões da categoria “continuidade gerencial” (“consistência de cuidados” e “flexibilidade”), conforme pode ser visto no Quadro 3.

Quadro 1 - Dimensões da “Continuidade Informacional”, respectivos estratos de discurso e exemplos de falas, Curitiba, PR, Brasil, 2021

Subtema (dimensões)	Estrato	Exemplos das falas
Transferência da informação	1. Informações obtidas são relevantes e auxiliam na assistência.	[...] então a gente sabe o que foi feito, para nós é importante... isso é muito importante para gente determinar a sequência, né, do tratamento [...]. (E4)
	2. Contrarreferência traz informações que anteriormente eram desconhecidas, as mulheres não conseguiam reproduzir na íntegra as informações.	[...] as vezes alguma informação que a puérpera não sabe informar a respeito à condição de saúde ou dos acontecimentos lá mesmo [...]. (E9)
	3. Informações são importantes para a continuidade do cuidado.	O ponto forte é a continuidade de acompanhamento, [...] promove uma continuidade, obviamente. (E10)
	4. Descrição da contrarreferência pode ser aperfeiçoada.	[...] porque a contrarreferência é bem resumida, [...]. (E10)
	5. Falta conhecimento da atenção primária sobre acontecimentos na Maternidade evidenciam hiatos na contrarreferência.	[...] eu que fui atrás de remédio, fui lá informar que ele tinha nascido. (M2)
	6. Falta de integração dos sistemas de informação.	[...] eu não tenho conhecimento deles terem esse acesso via prontuário eletrônico, né, da gestante, se eles têm todo o relatório, isso é importante [...]. (E10)
	7. Limitada transferência de informações do profissional para o usuário.	[...] porque o médico que atende a gente ele não dá uma total importância ao que, as tuas dúvidas [...]. (M3)
	8. Orientação baseada no conhecimento prévio.	Eu já estava sabendo que os batimentos dela estavam caindo... eu queria parto normal, mas eles me avisaram que precisaria ser uma cesariana [...], então, neste momento, mesmo querendo parto normal, eu optei pela minha saúde e da bebê. (M4)
Conhecimento acumulado do paciente	9. Necessidade de orientação.	[...] tem muita gestante que também vão para o hospital por qualquer coisa, [...] a gente está intensificando as orientações para a gestante [...]. (E11)
	10. Percepção de sua situação de saúde.	[...] enfim chegou no final da minha gestação, eu estava com 41ª semanas, quando eu vi que minha bebê, que eu não estava sentindo nenhuma dor, nem nada, eu decidi fazer a ecografia particular, eu paguei para fazer, e quando eu fiz, a ecografia, o médico disse que eu estava perdendo líquido [...]. (M5)

Nota: E: enfermeiro; M: mulher.

Quadro 2 - Dimensões da “Continuidade relacional”, respectivos estratos de discurso e exemplos de falas, Curitiba, PR, Brasil, 2021

Subtema (dimensões)	Estrato	Exemplos
Vínculo entre o paciente e provedor	1. Contrarreferência como instrumento de alerta para situações especiais ou de risco.	[...] A contrarreferência é muito importante para que a gente tenha faça um real acompanhamento com o paciente... isso põe um valor muito importante [...]. Muitas vezes elas saem da maternidade com solicitações e encaminhamentos, tratamentos, que você precisa reorientar, verificar se foi agendado [...] tem todo um monitoramento e um cuidado. (E11)
	2. Relação médico paciente prejudicada, falta de confiança.	[...] ele não te atende com uma excelência ... procurei a unidade, eu não tive um atendimento excelente... eu queira trocar o meu médico, não queira mais ele, [...]. (M3)
	3. Construção de vínculo com profissionais da maternidade.	[...] assim, diferencial da maternidade onde eles têm, tem o total acolhimento, eles te ouvem, todos os exames, é feito, você só liberada depois que realmente você está bem, [...] tinha uma enfermeira, que nos... E tinha o GO [...] era excelente o atendimento. (M3)
Estabilidade da equipe de saúde	4. Contrarreferência como instrumento que favorece a resolubilidade em saúde.	Eu acho que é essa interação mesmo, né, porque a gente consegue dar um atendimento, como que eu vou te falar, mais resolutivo para alguns casos, né, [...]. (E6)
	5. Médicos e enfermeiros são referência para a alta.	A médica e explicou tudo, foi médica e eu também eu tive muita assistência da enfermeira”. (M3)

Nota: E: enfermeiro; M: mulher.

Quadro 3 - Dimensões da “Continuidade Gerencial”, respectivos estratos de discurso e exemplos de falas, Curitiba, PR, Brasil, 2021

Subtema (dimensões)	Estrato	Exemplos
Consistência de cuidados	1. Melhora percebida no relacionamento multiprofissional e interinstitucional.	<i>[...] o caminho ficou mais aberto, né, o diálogo, mais fácil”. (E8)</i>
	2. Não houve mudança percebida no relacionamento multiprofissional e interinstitucional.	<i>Não, na verdade não sinto essa diferença direta [...]. (E10)</i>
	3. Necessidade do uso sistemático da contrarreferência durante todo o ciclo gravídico-puerperal.	<i>[...] esse retorno de que foi feito lá numa emergência, é importante também para nós e nem todas sabem explicar [...] essa contrarreferência, não só no pós-parto, mas no pré-natal também, [...]. (E4)</i>
	4. Fragmentação da assistência, indicando fragilidades na contrarreferência.	<i>[...] teve vários exames que eu poderia ter feito no primeiro trimestre e eu não fiz porque eles não se atentaram que eu já tinha feito ou não, quando a maternidade pediu os exames e notou que eu não tinha feito, [...]. (M3)</i>
	5. O acesso ao diálogo interinstitucional não é percebido como elemento decorrente da implantação da contrarreferência.	<i>[...] com o hospital, a gente tem acesso, livre acesso tanto eles com a gente, como gente com eles. [...] não especificamente por essa contrarreferência. (E11)</i>
	6. Redução de tempo nos encaminhamentos.	<i>[...] a gente consegue tomar conduta acho que mais, mais rápido, mais corretamente [...]. (E6)</i>
	7. Continuidade proporciona um diferencial na assistência.	<i>Eu acho que a assistência é diferenciada, né, o cuidado com o paciente, [...]. (E11)</i>
	8. Problemas causados na continuidade do cuidado pela pandemia de COVID-19.	<i>[...] estava meio bagunçado por causa da pandemia, ela foi ter a primeira consulta com 35 dias, sabe! (M6)</i>
	9. Demora de efetivação da contrarreferência.	<i>[...] muitas vezes eu já sei do parto antes de chegar à contrarreferência [...]. Então, quando chega a contrarreferência às vezes ela já passaram, já passaram pela consulta, não chega a tempo, sabe? (E9)</i>
	Flexibilidade	10. Não percebe flexibilidade no plano de cuidados.
11. A busca ativa da usuária pela atenção primária após a falta na consulta puerperal.		<i>Na verdade, eu tinha consulta, né, quando ele nasceu, eu não fui, eles entraram em contato né. (M1)</i>

Nota: E: enfermeiro; M: mulher.

DISCUSSÃO

Em relação à “Continuidade informacional”, na dimensão “transferência de informação”, verificou-se a existência de quebras ou lacunas, notadamente na obtenção de informações sobre condições clínicas, anteriores. Na sua ausência, elas são consideradas pelos profissionais como desconhecidas. Este dado reforça a necessidade de estratégias relacionadas à melhora na troca de informação durante as transferências de cuidados, com a padronização de estrutura no conteúdo verbal e escrito⁽⁶⁾. Nesse sentido, a contrarreferência pode trazer contribuição positiva, uma vez que a informação é o fio condutor para transferência de cuidados, dentro dos hospitais e entre os pontos da RAS⁽⁵⁾, auxilia na assistência e promove a continuidade do cuidado⁽¹⁵⁾.

O conhecimento dos detalhes da hospitalização é fundamental, e propicia que as próximas informações, como as mudanças normais esperadas no pós-parto, os

cuidados a mulher e ao recém-nascido, o retorno de relações sexuais, as possíveis complicações no período de pós-parto, bem como o início da discussão dos planos anticoncepcionais, possam ser individualizadas⁽¹³⁾. Essas decisões devem ser embasadas nas experiências do usuário e do profissional, as quais geram um conhecimento acumulado que pode ser um importante aliado no momento de traçar o plano de cuidados, e proporcionar melhor adesão às orientações prestadas⁽¹⁰⁾.

O investimento para o conhecimento destas informações faz com que o profissional perceba as necessidades e perspectiva do paciente atendido, no caso da maternidade, da mulher, do bebê e de sua família, aumentando a capacidade de formação de vínculo, e pormenorizando pequenos detalhes para cada atendimento, respeitando à diversidade humana, cultural e social, transpondo as dificuldades enfrentadas pelas mulheres⁽⁷⁾.

Considerando que os níveis de atenção propostos pelas RAS não possuem relação de subordinação entre eles, e o trabalho em rede traz a possibilidade de ofertar serviços de maneira contínua, integral, fazendo-se necessário a responsabilização dos profissionais dos níveis mais e menos densos, para que promovam a referência e contrarreferência, evitando falhas associada ao desconhecimento otimizando o cuidado compartilhado⁽¹⁶⁾.

O estudo aponta indícios de que a educação em saúde, durante o pré-natal, encontra-se deficitária, sendo necessário maior investimento pela equipe multiprofissional no desenvolvimento de iniciativas que promovam o letramento das mulheres sobre os eventos esperados, ou não, em sua gestação. Espera-se que os profissionais desenvolvam habilidade de comunicação, que possibilitem a promoção do cuidado e estabeleçam uma boa relação entre provedor e usuário durante todo ciclo gravídico puerperal^(10,15).

A relação entre profissional e paciente é a base de todo tratamento tendo implicação direta sobre a saúde e na adesão das recomendações clínicas⁽¹⁷⁾. Este vínculo paciente-provedor irá interferir diretamente na satisfação do paciente, logo, um elemento indispensável para o sucesso dessa relação é a confiança, no profissional, na instituição e no sistema de saúde. Quando esse sentimento é estabelecido, há o desenvolvimento de um vínculo para situações futuras^(4,18). Um vínculo bem estabelecido, permite ao profissional de saúde advogar em prol do paciente, pois sabendo de suas crenças e vontades, aliado à sua necessidade de saúde, pode o aconselhar as melhores decisões para manutenção de sua saúde⁽¹⁸⁾.

Apesar desta importância inequívoca, o presente estudo apontou lacunas em relação à esta dimensão da continuidade do cuidado. Algumas mulheres não conseguiram estabelecer este vínculo com os profissionais que lhe atenderam durante seu pré-natal. Apontaram situações como a falta de esclarecimento de seus questionamentos e informações imprecisas, fatores que podem ser considerados como causadores da quebra na confiança entre paciente-provedor⁽¹⁸⁾.

O sentimento de pouca valorização de demandas na atenção primária, relatado por mulheres, prejudica a relação entre profissional e paciente, fazendo com que informações sensíveis possam ser escondidas, limitando o cuidado prestado. O uso da contrarreferência pode evidenciar situações anteriormente não percebidas durante o acompanhamento pré-natal, como vulnerabilidade, problemas no vínculo familiar, abuso de substâncias, as quais representam informações essenciais aos profissionais, que servirão de alerta para a necessidade de estreitar o relacionamento junto a mulher e família⁽¹⁴⁾.

No cenário internacional as principais queixas referidas pelas pacientes, em relação à quebra de confiança também estão relacionadas a falta de construção de vínculo e dificuldade do gerenciamento das transições de

cuidado⁽¹⁸⁾, como encontrado no presente estudo, fazendo supor que estas sejam barreiras que se configuram em dificuldades mundiais. Somam-se ainda a falta de respeito pelos valores, dificuldade na coordenação do cuidado, dificuldade na comunicação com os provedores, relacionadas a falta de conforto físico, falta de suporte emocional, de envolvimento da família e amigos⁽¹⁸⁾.

Por outro lado, parte das mulheres relataram a presença da dimensão “vínculo entre paciente-provedor” durante sua internação na maternidade, mesmo com o tempo de contato limitado à aproximadamente 48 horas. As puérperas relataram que este tempo foi suficiente para conseguirem uma relação de forte confiança.

A política pública para esta linha de cuidado estabelece assistência prioritária, digna e humanitária, e recomenda que os profissionais sejam formados para considerar estes como direitos inalienáveis de cidadania⁽¹⁷⁾. Nesse contexto espera-se adequado preparo para a alta e providências quanto a contrarreferência para a continuidade dos cuidados.

As participantes identificam médicos e enfermeiros, como profissionais responsáveis pela alta hospitalar. Enfermeiras são usualmente as responsáveis pelo fluxo da alta, desenvolvendo um papel central no plano de alta individualizado^(8,13,14). A percepção que ambos os profissionais estão ligados a esse procedimento, nos leva a considerar que a coordenação de cuidados está integrada entre categorias profissionais, o que pode fortalecer o planejamento da alta, e assim, aumentar a qualidade de vida das mulheres e evitar novas internações⁽¹⁹⁾.

A “Continuidade gerencial” é especialmente importante para condições clínicas complexas ou que irão necessitar de múltiplos profissionais para trabalhar com propostas interligadas, disponibilizando tecnologias de cuidado com objetivo de integrar a atenção prestada⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, o relacionamento bem-sucedido entre profissionais das diferentes áreas da saúde é um tema em destaque, uma vez que permite trocas significativas entre os provedores; a colaboração é um dos quesitos importantes para o alcance de uma boa relação e esta união de saberes favorece a resolução dos problemas do paciente promovendo um atendimento integral⁽²¹⁾. Seguindo os profissionais entrevistados o uso da contrarreferência favoreceu o relacionamento multiprofissional e interinstitucional, destacando a proximidade e a comunicação, fator que foi pontuado pelos profissionais entrevistados como importante na coerência da atenção.

Outro fato que colabora com a coerência da atenção é o uso rotineiro da contrarreferência durante pré-natal, parto e puerpério, contudo esta ação não foi verificada nesta pesquisa. Este achado corrobora os resultados de outro estudo, desenvolvido em diferentes locais do Brasil, que mostram a inexistência de contrarreferência como um fator que per-

mite gerar descontinuidade na assistência e que traz prejuízo à qualidade do pré-natal e puerpério, principalmente em mulheres e bebês com risco aumentado, pois ao retornar à APS podem estar expostos a agravos⁽²²⁾.

O uso da estratégia de referência e contrarreferência é configurado como um dispositivo normativo que oportunizará ao usuário a acessibilidade aos níveis assistenciais de acordo com a necessidade de cada um deles, combinado com o direito à saúde, estabelecido na Carta Magna Brasileira. O acesso a saúde é direito de todo cidadão e deve ser percebido de uma maneira transparente a toda população⁽²³⁾.

A otimização da assistência pelo uso da contrarreferência garante o acesso adequado para as necessidades de cuidado de cada mulher ou recém-nascido, cumprindo seu papel de promover a continuidade do cuidado⁽¹³⁾. Quando os atendimentos são realizados em tempo oportuno à necessidade do usuário, os agravos são evitados⁽²³⁾. Por sua vez, situações de atraso na entrega da contrarreferência, evento citado por alguns profissionais, deve ser evitado, pois pode trazer prejuízos relevantes no tratamento e na vida dos pacientes.

A fragmentação no contexto apresentado foi percebida pelas mulheres entrevistadas, durante a mudança de local de atendimento, quando houve condutas discordantes entre os profissionais da maternidade e atenção primária. Quando não há uma estreita atuação entre os níveis de atenção da rede de saúde a garantia da integralidade fica prejudicada, acarretando atraso no acesso e contribui na potencialização de agravos, diminuindo a qualidade do atendimento prestado⁽²³⁾. Estratégias como a contrarreferência tentam superar a fragmentação existente no modelo de atenção vigente⁽⁹⁾.

A coleta de dados deste estudo foi dificultada pela pandemia de COVID-19 devido a necessidade de isolamento social e a reorganização no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, sendo necessário encerrar o procedimento de coleta de dados com o número de participantes inferior ao almejado no planejamento inicial, o que pode configurar em limitação do estudo. A maternidade estudada foi transferida para outro espaço físico, onde houve mudança nos processos de trabalho, e o uso da contrarreferência foi suspensa, pois foi necessário o remanejamento de profissionais responsáveis por esta atividade, para locais críticos de assistência direta ao paciente durante a pandemia.

Apesar destas limitações, este estudo traz elementos que contribuem para a discussão ampliada do conceito de continuidade de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contrarreferência de uma maternidade de risco habitual para a atenção primária à saúde é uma estratégia

que promove a continuidade do cuidado às mulheres e recém-nascidos. Verificam-se fortalezas e fragilidades nas três categorias da continuidade dos cuidados: informacional, relacional e gerencial. Destacam-se entre as fortalezas na categoria Informacional a dimensão “transferência da informação”; na categoria Relacional a dimensão “estabilidade da equipe de saúde”. Na categoria “Continuidade gerencial” as fortalezas não são tão evidentes como as fragilidades e nesse aspecto sobressai a dimensão “consistência de cuidados”, mais especificamente a demora para a efetivação da contrarreferência.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum.

AGRADECIMENTOS

As autoras gostariam de agradecer a participação das mulheres e dos profissionais que participaram na pesquisa, à disponibilidade e acolhimento do Complexo Hospital de Clínicas e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Curitiba.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES – CRediT

LSL: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; aquisição de fundos; investigação; metodologia; recursos; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

EB: concepção; curadoria de dados; aquisição de fundos; metodologia; administração do projeto; recursos; supervisão; validação; visualização; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

OBMS: concepção; metodologia; recursos; validação, visualização; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

AMP: validação; visualização; e escrita – revisão e edição.

THT: validação, visualização; e escrita – revisão e edição.

REFERÊNCIAS

1. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrity of care: challenges for the nurse practice. *Rev Bras Enferm.* 2017 May-June;70(3):504-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>
2. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm.* 2017 Sept-Oct;70(5):1106-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>

3. Irwin KA, Agius M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? *Psychiatr Danub*. 2017 Sept;29(Suppl 3):452-6. PMID:28953807
4. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. Canadian Health Services Research Foundation; 2002 [cited 2019 June 26]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jeannie-Haggerty-2/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Car
5. Silva MRF, Braga JPR, Moura JFP, Lima JTO. Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco. *Saúde Debate*. 2016 July-Sept;40(110):107-19. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611008>
6. Lindquist LA, Miller RK, Saltsman WS, Carnahan J, Rowe TA, Arbaje AI, et al. SGIM-AMDA-AGS consensus best practice recommendations for transitioning patients' healthcare from skilled nursing facilities to the community. *J Gen Intern Med*. 2017 Oct;32(2):199-203. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-016-3850-8>
7. Hadad ACAC, Jorge AO. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. *Saúde Debate*. 2018 Dec;42(spe4):198-210. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S416>
8. Lima MADS, Magalhães AMM, Oelke ND, Marques GQ, Lorenzini E, Weber LAF, et al. Care transition strategies in Latin American countries: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018 Nov;39:e20180119. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180119>
9. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017 Oct-Dec;41(115):1177-86. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
10. Utzumi FC, Lacerda MR, Bernardino E, Gomes IM, Aued GK, Sousa SM. Continuidade do cuidado e o interacionismo simbólico: um entendimento possível. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e4250016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004250016>
11. Fernández MA, Roo JP, Irigoyen AC, Blanco SL, Edward AB, Juárez VT. Os sistemas de referência e contra-referência de pacientes na América Latina: mecanismos de coordenação assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 Oct-Dec;11(Suppl 2):37-45. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(0\)1384](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(0)1384)
12. Cavalcanti RP, Cruz DF, Padilha WWN. Desafios da regulação assistencial na organização do Sistema Único de Saúde. *R Bras Ci Saúde*. 2018;22(2):181-8. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2018.22.02.12>
13. Silva OBM, Bernardino E, Silva OLS, Rorato C, Rocha DJM, Lima LS. Enfermeiro de ligação de uma maternidade de risco habitual: dados de contrarreferências. *Enferm Foco*. 2021;12(1):79-85. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4048>
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2008 July 21;3(2):77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
15. Martins MM, Aued GK, Ribeiro OMPL, Santos MJ, Lacerda MR, Bernardino E. Gestão de alta para a continuidade do cuidado: experiência das enfermeiras de ligação de Portugal. *Cogitare Enferm*. 2018;23(3):e58449. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i3.58449>
16. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*. 2016 Jan-Mar [cited 2021 June 20];21(1):1-8. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174716-1-pb.pdf>
17. Azevedo ACC. Humanização na assistência obstétrica: o psicodrama como instrumento nos processos de aprendizagem. *Rev Bras. Psicodrama*. 2017 Dec;25(2):100-6. <http://dx.doi.org/10.15329/2318-0498.20170027>
18. Delbanco T, Gertis M. A patient-centered view of the clinician-patient relationship [Internet]. UpToDate 2021 [cited 2021 Jan 11]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?search=continuidade%20de%20cuidados&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
19. Costa MFBNA, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Tomás SC, Bernardino E. The continuity of hospital nursing care for Primary Health Care in Spain. *Rev Esc Enferm*. 2019 Apr-June;53:e03477. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018017803477>
20. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALBC, Silva CMB, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2017 May-June;30(3):323-32. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>
21. Goulart BF, Parreira BDM, Noce LGA, Henriques SH, Simões ALA, Chaves LDP. Relacionamento interpessoal: identificação de comportamentos para trabalho em equipe em unidade coronariana. *REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1197. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190045>
22. Teixeira RA, Ferrari RAP, Caldeira S, Tacla MTGM, Zani AV. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. *Rev Bras Enferm*. 2019 Feb;72(supl 1):151-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>
23. Pereira JS, Machado WCA. 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. *Physis*. 2016;26(3)1033-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016>