

Integralidade do cuidado: um relato de experiência

Integralidad del cuidado: relato de experiencia

Integrity of care: an experience report

Ernanda MEZARоба⁽¹⁾

Marja Camargo GARCIA⁽¹⁾

Natássia Scortegagna da CUNHA⁽¹⁾

Neiva da SILVA⁽²⁾

Bárbara Rodrigues ARAUJO⁽¹⁾

Andréa Wander BONAMIGO⁽¹⁾

Recebido: 05 jul 2021

Revisado: 05 set 2021

Aceito: 14 set 2021

Autor de correspondência:

Ernanda Mezaroba
emezaroba@gmail.com

⁽¹⁾ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS, Brasil.

⁽²⁾ Prefeitura Municipal de Lajeado, Secretaria Municipal da Saúde, Lajeado, RS, Brasil.

Como citar: Mezaroba E, Garcia

MC, Cunha NS, Silva N, Araujo BR, Bonamigo AW.

Integralidade do cuidado: um relato de experiência. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e023. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1152>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

Resumo

A integralidade, princípio norteador do Sistema Único de Saúde, preconiza a resolutividade das ações em saúde considerando o indivíduo no seu contexto social, cultural e psicológico. Este relato de experiência objetiva relatar práticas que buscam prestar assistência integral à saúde por meio da articulação entre os serviços de baixa e média complexidade, em um município do Rio Grande do Sul. As práticas iniciaram após reflexão realizada pela equipe de gestão da Rede de Atenção à Saúde – RAS sobre aspectos da organização e planejamento dos serviços, na qual identificaram-se falhas significativas nos processos de trabalho. As atividades, desenvolvidas por enfermeiras alocadas em uma Unidade de Pronto Atendimento, buscaram enfrentamento à fragmentação do sistema, desempenhando ações voltadas para promoção da integração, articulação e sinergia entre serviços da RAS. Durante o processo de implementação e desenvolvimento das atividades, identificaram-se entraves e facilitadores. Dentre os entraves destacaram-se: falta de conhecimento dos trabalhadores quanto aos serviços disponíveis; lacunas entre a política preconizada e as práticas dos serviços; clínica voltada apenas para doença; percepção reduzida do profissional sobre o cuidado integral; relações que carecem de simetria entre usuários e trabalhadores de saúde; agendas médicas na APS superlotadas; recursos humanos insuficientes; queixas de pacientes subestimadas; e inexistência de fluxo de referenciamento e contrarreferenciamento na RAS. Com relação às facilidades, constataram-se: comunicação efetiva; troca de experiências; aprendizado; cooperação; trabalho em conjunto e; ampliação da visão de profissionais da RAS quanto a necessidade de articulação. Evidenciam-se avanços na superação do modelo fragmentado, na aproximação entre os serviços de saúde e na ampliação do olhar voltado ao paciente em sua totalidade, possibilitando instituir ações que asseguram a integralidade no cuidado.

Descritores: Assistência Integral à Saúde; Acesso Efetivo aos Serviços de Saúde; Enfermagem em Saúde Pública; Modelos de Assistência à Saúde; Integralidade em Saúde.



Resumen

La integralidad, principio rector del Sistema Único de Salud, aboga por la resolución de las acciones de salud considerando al individuo en su contexto social, cultural y psicológico. Este relato de experiencia tiene como objetivo reportar prácticas que buscan brindar atención integral de salud a través de la articulación entre servicios de baja y media complejidad en una ciudad de Rio Grande do Sul. Las prácticas se iniciaron luego de la reflexión realizada por los gerentes de la Red de Atención de Salud - RAS sobre aspectos de organización y planificación de servicios, en los que se identificaron fallas significativas en los procesos de trabajo. Las actividades, realizadas por enfermeros adscritos a una Unidad de Atención de Emergencias, buscaron enfrentar la fragmentación del sistema, realizando acciones encaminadas a promover la integración, articulación y sinergia entre los servicios RAS. Durante el proceso de implementación y desarrollo de actividades, se identificaron barreras y facilitadores. Entre los obstáculos, se destacaron los siguientes: desconocimiento de los trabajadores sobre los servicios disponibles; brechas entre la política recomendada y las prácticas de servicio; clínica enfocada solo en enfermedades; percepción reducida del profesional sobre la atención integral; relaciones que carecen de simetría entre usuarios y trabajadores de la salud; horarios médicos abarrotados en APS; recursos humanos insuficientes; quejas de los pacientes subestimados; y falta de flujo de referencias y contrarreferencias en la SAN. En cuanto a las instalaciones, se encontró: comunicación efectiva; intercambio de experiencias; aprendizaje; cooperación; trabajar juntos y; Ampliación de la visión de los profesionales de la RAS sobre la necesidad de articulación. Existe evidencia de avances en la superación del modelo fragmentado, en la aproximación de los servicios de salud y en la ampliación de la mirada dirigida al paciente en su conjunto, permitiendo instaurar acciones que aseguren una atención integral.

Palabras-claves: Atención Integral de Salud; Acceso Efectivo a los Servicios de Salud; Enfermería en Salud Pública; Modelos de Atención de Salud; Integralidad en Salud.

Abstract

Integrity, the guiding principle of the Unified Health System, advocates the resolution of health actions considering the individual in their social, cultural and psychological context. This experience report aims to report practices that seek to provide comprehensive health care through the articulation between low and medium complexity services in a city in Rio Grande do Sul. The practices started after reflection carried out by the managers of the Health Care Network - RAS on aspects of organization and planning of services, in which significant flaws in work processes were identified. The activities, carried out by nurses allocated to an Emergency Care Unit, sought to confront the fragmentation of the system, performing actions aimed at promoting integration, articulation and synergy between RAS services. During the process of implementation and development of activities, barriers and facilitators were identified. Among the obstacles, the following stood out: lack of knowledge of workers regarding available services; gaps between recommended policy and service practices; clinic focused only on disease; reduced perception of the professional about comprehensive care; relationships that lack symmetry between users and health workers; overcrowded medical schedules in PHC; insufficient human resources; underestimated patient complaints; and lack of referral and counter-referral flow in SAN. Regarding the facilities, it was found: effective communication; exchange of experiences; apprenticeship; cooperation; work together and; expansion of the vision of professionals in the RAS regarding the need for articulation. There is evidence of progress in overcoming the fragmented model, in bringing health services closer together, and in expanding the view aimed at the patient as a whole, making it possible to institute actions that ensure comprehensive care.

Keywords: Comprehensive Health Care; Effective Access to Health Services; Systems Integration; Public Health Nursing; Healthcare Models; Integrity in Health.

Introdução

A integralidade, princípio norteador do Sistema Único de Saúde – SUS, percebe o cuidado considerando o indivíduo no seu contexto social, cultural e psicológico a fim de

proporcionar a resolutividade das ações em saúde. O pilar da integralidade garante a apreciação dos usuários como sujeitos indivisíveis de suas particularidades, reconhecendo essa totalidade como fundamental na atenção à saúde.^{1,2} Pela perspectiva dos usuários, a integralidade tem relação especialmente com o acolhimento, o atendimento respeitoso e com a qualidade do serviço.³

No contexto organizacional da saúde pública brasileira, a aplicação do conceito da integralidade do cuidado é importante a fim de garantir a qualidade da ampla esfera de serviços ofertada pelo SUS. Com o propósito de ordenar estes serviços, de forma articulada, foi criada a Rede de Atenção à Saúde – RAS. A RAS é uma estratégia político-institucional essencial na qualificação do sistema de saúde, desenvolvida por redes temáticas, orienta os serviços por meio de linhas de cuidado: a atenção primária à saúde – APS, a secundária e a terciária, integrando-as por meio de sistemas logísticos buscando assegurar um cuidado efetivo e continuado. Podemos citar a Unidade Básica de Saúde – UBS e a Estratégia de Saúde da Família – ESF, como exemplos de APS, assim como podemos apontar a Unidade de Pronto Atendimento – UPA no nível secundário e, os hospitais e serviços de alta complexidade no nível terciário.⁴

A ênfase deste estudo está na integralidade das ações em saúde entre serviços de nível primário e secundário do SUS. As ESF e as UPA atuam como portas de entrada dos serviços de saúde. As ESF são o acesso à APS e as UPA aos serviços de urgência e emergência. A APS é a coordenadora do cuidado do indivíduo e é responsável pelo paciente, independentemente do nível de atenção em que ele esteja sendo assistido. O primeiro nível de atenção à saúde da RAS é resolutivo no atendimento às demandas programadas, porém, as demandas espontâneas encontram dificuldade de acesso neste ponto da rede. Neste cenário, as UPA têm papel fundamental.⁵

As UPA são serviços de atenção intermediária entre a APS e os hospitais, tendo como responsabilidade o atendimento de urgências e emergências de menor complexidade, ser serviço de apoio a APS, realizando atendimento à noite e nos finais de semana, além de contribuir na redução das demandas nos hospitais.^{6,7} As UPA foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência e, dependendo do caso atendido, as demandas poderiam ser solucionados no local, estabilizadas e/ou encaminhadas para os hospitais ou ainda redirecionadas à APS. De acordo com as suas atribuições, as UPA devem funcionar 24 horas, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência.⁸

Atualmente, sabe-se que a atuação das UPA geralmente não é suficiente para diminuir a superlotação hospitalar, assim como não é efetiva para resolver o grande contingente de problemas na saúde no Brasil. Parte deste problema está na dificuldade de articulação entre os serviços, gerando duplicidade de ações e desorganização dos fluxos de atendimento.^{9,10} Enquanto isso, a atenção primária apresenta dificuldades em atender demandas espontâneas diante das responsabilidades preestabelecidas ou, ainda, em alguns casos, existe a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais.^{11,12} Sendo assim, as competências profissionais são consideradas eixo estratégico para ampliar a resolutividade da atenção primária,¹⁰ evitando que os casos não urgentes se tornem atendimentos excessivos para as UPA.

Diante do exposto, a fim de vencer alguns dos nós críticos da RAS e proporcionar um cuidado integral, torna-se fundamental que a organização dos níveis de atenção à saúde esteja alinhada com o propósito de assistir o indivíduo na sua totalidade. Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde – OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS,^{13,14} vislumbram na integralidade do cuidado, a resolução para a falta de articulação entre os diferentes níveis de assistência em saúde, bem como a fragmentação do cuidado. Assim, é possível obter melhorias nos cuidados em saúde dos pacientes, além de evitar investimentos em saúde desnecessários.^{13,14} Para isso, a vinculação entre os serviços precisa ser um processo contínuo, apoiado pela comunicação efetiva e pela atuação interdisciplinar dos profissionais da RAS. Nesse sentido, este trabalho objetiva relatar práticas que buscam prestar assistência integral à saúde por meio da articulação entre os serviços de baixa e média complexidade.

Metodologia

Trata-se de artigo caracterizado pelo relato da experiência de dois anos de trabalho de ações de articulação entre os serviços da rede de APS e UPA. A atividade é desenvolvida em um município do interior do Rio Grande do Sul, com população estimada em 85.033 habitantes.¹⁵ As ações iniciaram após a equipe de gestão repensar aspectos importantes da organização e do planejamento dos serviços, identificando falhas significativas nos processos de trabalho. Destacam-se, entre estas, dificuldades na referência e contrarreferência dos pacientes, perda da continuidade do cuidado, falta de espaços de reflexão sobre o trabalho, deficiência na comunicação e integração entre os serviços e cobertura parcial da Atenção Básica no território municipal. Tais carências ocasionam demanda reprimida na APS e, em muitos momentos, superlotação da UPA,

aumentando a sobrecarga de trabalho e comprometendo a efetividade do cuidado em saúde.

A partir do exposto, a fim de desempenhar atividades para reorganização e melhorar a comunicação da RAS, duas profissionais enfermeiras foram alocadas na UPA e destinadas para a atuação descrita neste relato, dentre outras funções, abrangendo: acolhimento e escuta qualificada dos pacientes; ações voltadas para o acesso facilitado e a garantia da continuidade do cuidado na APS; monitoramento e qualificação do fluxo de referência e contrarreferência; integração com serviços da RAS e serviços sociais; reuniões com os coordenadores dos serviços da RAS; reuniões para discussão de casos e desenvolvimento de plano de cuidado de pacientes.

Cabe enfatizar que para proporcionar a assistência em saúde aos cidadãos, o município conta com uma RAS formada pelos seguintes serviços de saúde: 14 ESF; duas UBS; uma Equipe de Saúde Prisional; um Centro de Especialidades; três Centros de Saúde; três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - Adulto, Infantil e Álcool e Drogas e; três Centros de Fisioterapia. Além disso, o município conta com alguns serviços alocados na cidade, mas com característica de referência regional, sendo eles: uma UPA, um Serviço de Assistência Especializada, um Hospital de Média e Alta Complexidade, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com uma Unidade de Suporte Avançado e uma Unidade de Suporte Básico.

Ainda, é comum a necessidade de articulação com serviços da Assistência Social, dentre os quais destacam-se: dois Centros de Referência em Assistência Social, um Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS, contando com Centro de Referência de Atendimento à Mulher e Conselho Tutelar, além de serviços de apoio como espaços que abrigam crianças, adolescentes, mulheres vítimas de violência e pessoas adultas em situação de rua.

Resultados e discussão

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras buscaram cumprir com o princípio da integralidade e enfrentamento à fragmentação da RAS, desempenhando ações para qualificação da assistência prestada aos pacientes por meio da promoção da integração, da articulação e da sinergia entre os serviços da rede. Cabe destacar que as profissionais que desempenham tais ações têm experiência tanto na APS quanto em serviços de urgência e emergência, tendo conhecimento da RAS municipal e maior amplitude de informações sobre os aspectos organizacionais envolvidos na articulação entre os distintos serviços.

O sistema de referência e contrarreferência dos pacientes na rede municipal apresentava-se com lacunas importantes, dentre elas a perda da continuidade do cuidado e a assistência em saúde fragmentada. A maior parte dos encaminhamentos a outros serviços de saúde não era acompanhada de documento apropriado explicando o caso clínico, gerando falta ou duplicidade de ações. Essa falha de articulação ocasionava problemas aos indivíduos que ficavam circulando entre os serviços, procurando o atendimento e a resolutividade necessários.

Frente a isso, institui-se a rotina de todo paciente referenciado a outro serviço da RAS ou serviço social receber o documento de referência e contrarreferência. As enfermeiras alocadas na UPA passaram a avaliar todos os documentos de encaminhamentos de pacientes recebidos no serviço e a contatar os serviços de origem nos casos de situações que apresentavam desconformidade, a exemplo de: informações incompletas no documento de referência; falta de justificativa plausível para o encaminhamento; encaminhamentos de pacientes sem acompanhamento de ambulância e de profissionais da saúde quando apresentavam sinais e sintomas que demandam essa atenção; dentre outros. Essa atividade viabilizou a prática de fornecer documento de referência e contrarreferência bem como qualificou o atendimento dos pacientes nos serviços de saúde.

Autores afirmam que o fluxo de referência e contrarreferência é essencial para a consolidação da RAS, visto que possibilita a comunicação entre os diferentes profissionais e serviços de saúde, permitindo ter conhecimento dos cuidados realizados na rede e ver o usuário como um todo.¹⁶ Entretanto, para a efetividade do documento de referência e contrarreferência é necessário esclarecer alguns aspectos, a saber: o profissional que faz a referência deve deixar claro o motivo que está encaminhando o usuário; descrever as perguntas que espera que sejam respondidas pelo especialista; e descrever as condutas que adotou e os resultados que obteve. Por outro lado, o especialista, no documento de contrarreferência, deve informar as condutas adotadas com o usuário bem como os resultados obtidos; responder às perguntas do documento de referência; fazer recomendações de tratamento e seguimento do usuário; e estabelecer quando e em quais situações o usuário deve retornar.¹⁷ Outrossim, documentos de encaminhamentos apenas em caráter formal e burocrático também podem ser insuficientes para a articulação entre os serviços, recomendando-se somado a isso, contato pessoal entre os profissionais.¹⁸

De forma geral, sempre que necessário, são realizadas ações que buscam garantir a referência do paciente por meio de contato com os serviços referenciados, seja para vinculação do paciente ao serviço ou para reavaliação do paciente após tratamento indicado na UPA. Como exemplo, podemos citar o agendamento de consultas por telefone

nos serviços da APS para continuidade dos cuidados necessários. Nestes casos, o paciente é liberado da UPA com consulta agendada na APS. Ainda, tem-se como facilitador que os serviços da APS e UPA contam com prontuário eletrônico informatizado e integrado, representando uma ferramenta que potencializa o cuidado em saúde e a gestão clínica, além de promover a organização e a efetividade dos cuidados da RAS.^{19,20}

O caso de gestantes que ainda não iniciaram o pré-natal na APS, mas que procuram a UPA por alguma necessidade é outro exemplo de situação que demanda interação. Na maioria das vezes, a unidade de saúde de referência não tem conhecimento de que a paciente é gestante e esse contato possibilita a gestante sair da UPA com sua consulta de pré-natal agendada. Em situações que a unidade de referência não está em horário de funcionamento, o serviço é informado por mensagem eletrônica. Caso a paciente não procure a Unidade, preconiza-se a busca ativa da paciente para início do pré-natal, evitando maiores riscos à gestante e à criança. Nessa perspectiva, as referências de pacientes com situações que demandam acompanhamento geralmente são realizadas às UBS ou às ESF, já que são esses os serviços de referência mais próximos, destacando-se a ESF, que tem como princípios a territorialidade, o vínculo e a coordenação do cuidado à sua população.²¹

Dentre as atividades desenvolvidas e princípios preconizados pelas enfermeiras, priorizou-se um olhar atento para diferentes dimensões da vida dos pacientes, evitando uma prática reducionista. Podemos citar como alusão a situação em que um paciente procurou a UPA diversas vezes, referindo queixas inespecíficas, sugerindo à equipe o interesse em atestados médicos para afastamento do trabalho. Dedicou-se tempo maior para escuta desse paciente, identificando-se que o mesmo, de apenas 19 anos, estava em processo de luto pela perda da mãe, tendo sua namorada gestante. Além disso, havia assumido a responsabilidade por três dos cinco irmãos. Situações como esta demandam um tempo maior para compreender o contexto em que o paciente está inserido, tempo este que, na maioria das vezes, fica comprometido nos serviços de urgência e emergência, dificultando a percepção das necessidades de saúde apresentadas. Neste caso, além do acolhimento realizado ao paciente, esse foi informado quanto aos fluxos da RAS e qual era o serviço mais indicado para acompanhamento do seu caso neste primeiro momento, a ESF. Consoante a isto, realizou-se contato com a unidade de referência da APS a fim de que ficassem atentos à procura do usuário no serviço de saúde ou que realizassem busca ativa do mesmo, fornecendo o acolhimento e cuidado em saúde necessários ao paciente e à sua família.

Diante disso, destaca-se que o profissional deve evitar um olhar reduzido ao paciente, buscando conhecer situações que estão além da doença, a fim de prestar um

atendimento humanizado e integral, de acordo com as singularidades de cada pessoa. O rompimento entre as condutas terapêuticas que dissociam o usuário é um desafio no âmbito dos serviços de saúde, visto que afrontam ao princípio da integralidade do cuidado.¹⁶

Outra atividade desempenhada no cotidiano é a interação com o serviço de regulação de encaminhamentos para especialidades e procedimentos. Nesse sentido, destaca-se como exemplo a condição de paciente encaminhado para cirurgião geral por cálculos em vesícula que, enquanto aguarda agendamento da consulta com especialista, passa a procurar a UPA diversas vezes devido às crises de dor e agravamento do quadro. Nestes casos, contata-se o setor de regulação informando sobre a evolução do quadro e viabilizando que este paciente tenha seu encaminhamento reclassificado de acordo com o estado atual. Esse cuidado corrobora com a literatura dado que estudo evidenciou positivamente a comunicação com o setor de regulação e a atualização dos encaminhamentos de pacientes, possibilitando reavaliar o caso de forma singular e buscar assegurar ao paciente o atendimento de acordo com sua necessidade.²⁰

O momento de reunião dos coordenadores dos serviços é outra ferramenta explorada, uma vez que possibilita aos profissionais da saúde expor dificuldades de acesso e situações que comprometem o cuidado integral ao paciente, com o propósito de, por meio de construção coletiva, reconhecer os processos mútuos de trabalho e procurar novas interfaces para atender as necessidades dos serviços e dos pacientes. Nota-se que o diálogo entre os serviços ganhou notoriedade por meio da construção do reconhecimento e da importância de uns aos outros, evitando-se relação de domínio e imposição de um serviço sobre o outro. Nessa lógica, autores afirmam^{12,16} que o cuidado de usuários de forma compartilhada proporciona uma cultura mais receptiva ao diálogo e à cooperação entre os profissionais e os diferentes serviços de saúde, formando uma RAS entrelaçada. Por outro lado, a falta de estratégias que favoreçam o contato direto entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços prejudica a integralidade do cuidado.^{22,23}

No que se refere ao delineamento de demandas, necessidades e possibilidades de atuação com os demais serviços da rede, destacamos a organização de reuniões da RAS na presença de profissionais de ESF, UPA, Hospital, CAPS e CREAS, viabilizando momentos de discussão de casos de pacientes. Esses momentos possibilitam o matriciamento de pacientes, a exemplo de um paciente com transtorno alimentar e psiquiátrico e em situação de extrema vulnerabilidade social. O indivíduo procurava a UPA com frequência por quadros de desnutrição, porém não apresentava vínculos com os serviços como ESF e CAPS. Todos os profissionais presentes tiveram conhecimento do contexto e juntos planejaram as possibilidades de cuidados a serem desenvolvidos com o paciente. Esse é

um exemplo que retrata o quão essencial é a integração dos diversos pontos de atenção para suprir as diferentes necessidades, refletindo em cuidados assistenciais pensados e articulados para solucionar os problemas de saúde de forma integral. Dessa forma, é possível construir um plano de cuidados aos pacientes em concordância entre os diferentes serviços de atenção em saúde, evitando prejuízos no seguimento do cuidado devido a insuficiência de integração entre os níveis de assistência à saúde.¹² Além disso, o apoio matricial também é uma ferramenta que agrega conhecimento e a resolutividade dos cuidados, uma vez que oferece suporte técnico aos profissionais da saúde por meio do diálogo e articulação das equipes envolvidas no atendimento do paciente, viabilizando a integralidade do cuidado e a organização da RAS.¹⁶

As demandas dos pacientes também ganharam espaço com ações intersetoriais, por meio da articulação com políticas públicas no âmbito da Assistência Social. Nesse sentido, cabe citar situações de suspeita de negligência, em que o serviço recebe pacientes acamados em condições que sugerem falta de cuidados no domicílio. Tais situações são repassadas para a unidade da APS de referência e aos serviços especializados em violação de direitos humanos a fim de que sejam averiguadas e acompanhadas. Salienta-se que muitos destes pacientes residem em áreas não cobertas por ESF, portanto, não dispondo de Agente Comunitário de Saúde – ACS, o que dificulta a identificação e o acompanhamento destes casos.

Nessa lógica, autores alertam a necessidade da RAS se preparar para o atendimento das demandas comuns da população idosa devido ao contexto demográfico e epidemiológico do país, o qual vem mostrando o aumento da necessidade de um olhar para as pessoas que requerem atendimento crônico agudizado, além de situações de usuários com baixa autonomia que demandam ações de recuperação e reabilitação.^{23,24} Do mesmo modo, no que tange articulação com a assistência social, é fundamental que se possa contar com iniciativas inclusivas e voltadas para a resolutividade das situações e para o cuidado integral.¹⁸

Uma RAS articulada amplia as possibilidades de cuidado do usuário, evitando a rotina de tratamentos apenas de problemas pontuais. Entende-se que existem muitos desafios para prestar um cuidado integral, sendo imprescindível a valorização do vínculo entre o paciente e a APS para promover a continuidade da atenção à saúde de forma oportuna. Além disso, a interação frequente entre os serviços dos diversos níveis de atenção é fundamental para a consolidação de uma RAS organizada.

Nota-se que o aprimoramento da articulação entre a rede pode proporcionar ao indivíduo a garantia de um cuidado integral à sua saúde. Um sistema de saúde integrado e o trabalho em conjunto potencializam a ampliação das possibilidades de cuidado e evitam

a sua fragmentação.^{19,25} No entanto, para isso os profissionais da saúde precisam conhecer e identificar quais ações de saúde necessitam ser desenvolvidas para atender o paciente de forma resolutiva e consolidar a RAS. Assim, vislumbra-se um caminho que favorece a construção da integralidade do cuidado e de uma política de saúde eficaz.¹⁶ Logo, faz-se importante considerar que momentos de aperfeiçoamento profissional são a peça-chave para viabilizar uma integração satisfatória entre os serviços dos diferentes níveis de atenção. Por meio desta estratégia, é possível disseminar a proposta de um olhar ampliado ao paciente, qualificando o processo de acolhimento e realizando, especialmente na APS, a ampliação do acesso aos serviços de saúde que constituem a rede.²⁰

Considerações finais

As ações desenvolvidas buscam prestar uma assistência integral aos pacientes por meio da otimização de processos e apoio ao desenvolvimento de novas formas de compreender e atuar na saúde. Dessa forma, considera-se que é possível superar práticas de um cuidado fragmentado não mais justificáveis e primar pela eficiência dos serviços de atenção à saúde municipal.

Dentre os ensejos das atividades relatadas surgiram alguns entraves, assim como questões facilitadoras. Os entraves enfrentados foram: falta de conhecimento dos serviços prestados na rede municipal por partes dos trabalhadores; lacunas entre a política preconizada e as práticas dos serviços; clínica voltada apenas para a doença e sintomas; percepção reduzida do profissional sobre visão holística do paciente e cuidado integral; relações que carecem de simetria entre usuários e trabalhadores de saúde; agendas médicas na APS superlotadas; recursos humanos insuficientes para atender as demandas que chegam aos serviços; queixas de pacientes subestimadas; e inexistência de um fluxo estabelecido para o referenciamento e contrarreferenciamento com a finalidade de nortear os profissionais da RAS.

Com relação às facilidades podemos destacar: comunicação efetiva; troca de experiências; aprendizado; cooperação; e trabalho em conjunto. De forma progressiva, esses aspectos têm ajudado na superação do modelo fragmentado, na aproximação entre os serviços de saúde e na ampliação do olhar voltado ao paciente em sua totalidade. Relatos dos profissionais e dos usuários ratificam o contentamento e a maior resolubilidade das ações. Além disso, apesar do cotidiano dos serviços de saúde ser marcado pela imprevisibilidade, sobrecarga e ritmo acelerado de trabalho, foi possível observar que o olhar do enfermeiro é crucial para o desenvolvimento de ferramentas de cuidado integral. As habilidades inerentes a sua formação e a sua prática de trabalho,

tendo o cuidado como a essência da profissão, garantem a articulação dos serviços e a definição de fluxos efetivos de referência e contrarreferência.

Frente ao exposto, este relato torna-se relevante ao refletir uma maneira inovadora de organizar e qualificar processos de trabalho na RAS para a consolidação da integralidade do cuidado. Nesse sentido, poderá contribuir para a comunidade científica, equipes de gestão e profissionais de saúde, além da população em geral, pois trazem à tona experiências que possibilitam um olhar ampliado para o cuidado em saúde e com potencial de expandir tal prática. Por fim, espera-se que este relato de experiência contribua para que os profissionais da saúde vislumbrem a consolidação da RAS por meio da formação de uma rede integrada e comprometida, na perspectiva da integralidade, imprescindível para assistência à saúde da população.

Contribuição autoral

EM, MCG, NSC, NS, BRA e AWB participaram da concepção, planejamento, redação do trabalho e aprovaram a versão final encaminhada.

Referências

1. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet.* 2003;8(2):569-84. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200018>.
2. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: PR; 1990 [citado 31 maio 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
3. Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008 [citado 31 maio 2021]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2010 [citado 31 maio 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
5. Konder MT, O'Dwyer G. As unidades de pronto-atendimento na política nacional de atenção às urgências. *Physis.* 2015;25(2):525-45. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200011>.

6. Cassettari SSR, Mello ALSF. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017003400015>
7. Ministério da Saúde (BR). Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no sistema único de saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2013 [citado 31 maio 2021]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no sistema único de saúde (SUS). Brasília, DF: MS; 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
9. Hermida PMV, Nascimento ERP, Echevarría-Guanilo ME, Andrade SR, Ortiga ÂMB. Contrarreferência em unidade de pronto atendimento: discurso do sujeito coletivo. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(suppl1):143-50. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>.
10. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017;51:125. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>.
11. Uchimura LYT, Viana ALÁ, Silva HP, Ibañez N. Unidades de pronto atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saude Debate.* 2015;39(107):972-83. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070253>.
12. Mendes LS, Almeida PF, Santos AM, Samico IC, Porto JP, Vázquez M-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad Saude Publica.* 2021;37(5):e00149520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149520>.
13. World Health Organization. Integrated health services: what and why? [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado 28 jun 2021]. Disponível em: https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
14. Pan American Health Organization. Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2011 [citado 28 jun 2021]. (Series Renewing primary health care in the Americas; n. 4). Disponível em: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: Rio Grande do Sul, Lajeado [Website]. Brasília, DF: IBGE; 2017 [citado 28 jun 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/lajeado/panorama>
16. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referral and counter-referral for the integrality of care in the health care network. *Physis*. 2021;31(1):e310105. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>.
17. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília, DF: OPAS; 2011 [citado 28 jun 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>
18. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de atenção psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.
19. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção primária e coordenação do cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1799-808. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>.
20. Nunes AM. Avaliação do grau de integração da atenção primária à saúde com atendimento especializado no modelo de unidade local de saúde experimentado em Portugal. *Saude Soc*. 2021;30(1):e180532. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021180532>.
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: UNESCO; 2002 [citado 28 jun 2021]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
22. Vázquez M-L, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger J-P, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors: a cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001>.
23. Franco TB, Hubner LC. A atenção básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. *Saude Debate*. 2020;44(125):516-26. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012518>.
24. Costa GAPC, O'Dwyer G, Carvalho YS, Campos HS, Rodrigues NCP. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. *Saude Debate*. 2020;44(125):400-10. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012509>.

25. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. Cien Saude Colet. 2021;26(4):1275-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.1021201>.

Minicurrículo

Ernanda Mezaroba | <https://orcid.org/0000-0002-1603-0330>
<http://lattes.cnpq.br/8855788134079489>

Marja Camargo Garcia | <https://orcid.org/0000-0001-5413-9970>
<http://lattes.cnpq.br/5451602837590935>

Natássia Scortegagna da Cunha | <https://orcid.org/0000-0003-0675-8579>
<http://lattes.cnpq.br/0967329032249734>

Neiva da Silva | <https://orcid.org/0000-0003-1650-3326>
<http://lattes.cnpq.br/7748319994490516>

Bárbara Rodrigues Araujo | <https://orcid.org/0000-0002-6508-6955>
<http://lattes.cnpq.br/0710294585849080>

Andréa Wander Bonamigo | <https://orcid.org/0000-0001-6435-704X>
<http://lattes.cnpq.br/6794571499071511>