

**Transferência de Cuidados de um ambulatório de referência para a atenção básica:  
caminhos com vistas à integralidade**

**Transfer of Health Care from a reference clinic to primary care: paths towards  
integrality**

**Traslado de la Atención de una clínica de referencia a la atención primaria: caminos  
hacia la integralidad**

Recebido: 02/10/2020 | Revisado: 05/10/2020 | Aceito: 08/10/2020 | Publicado: 09/10/2020

**Dolores Lima da Costa Vidal**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0821-4620>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [doau@globo.com](mailto:doau@globo.com)

**Aline Rodrigues dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4255-8753>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [rodrosantos.aline@gmail.com](mailto:rodrosantos.aline@gmail.com)

**Alessandra Marins Pala**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6487-1145>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [marinspala@iff.fiocruz.br](mailto:marinspala@iff.fiocruz.br)

**Leticia Batista Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2520-2621>

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Brasil

E-mail: [Leticia.batista@fiocruz.br](mailto:Leticia.batista@fiocruz.br)

**Antonio Luiz Gonçalves Albernaz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9628-018X>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [antonio.albernaz@iff.fiocruz.br](mailto:antonio.albernaz@iff.fiocruz.br)

**Cleide Pinto Marques**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4425-8524>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [cleide.marques@iff.fiocruz.br](mailto:cleide.marques@iff.fiocruz.br)

**Daise de Moura Vieira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3330-7693>

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Brasil

E-mail: [rjdaisemoura@yahoo.com.br](mailto:rjdaisemoura@yahoo.com.br)

## **Resumo**

Trata-se de resultados da pesquisa de Transferência de Cuidados, realizada em ambulatório de crianças de uma unidade de saúde de média e alta complexidade, que abrange o estado do Rio de Janeiro, para a atenção básica. A transferência de cuidados constitui-se num conjunto de estratégias que visa garantir o acesso à atenção básica, objetivando a integralidade entre os níveis de atenção, através da intersetorialidade em parceria com a rede e com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do território dos usuários. Desta forma, analisar o processo da transferência de cuidados das crianças em condições de atendimento nas (UBSs) torna-se o objetivo geral deste artigo. Os resultados apontam sucesso na maioria das transferências; e as dificuldades relatadas por alguns responsáveis relacionam-se ao subfinanciamento das UBSs. As transferências resultaram em menor custo de deslocamento para os usuários e na maior oferta de vagas do ambulatório, ampliando o acesso ao nível de atenção conforme necessidade de saúde, respeitando os princípios do SUS.

**Palavras-chave:** Transferência de cuidados; Intersetorialidade; Integralidade; Política de saúde.

## **Abstract**

This research was carried out in a pediatric outpatient clinic of a secondary and tertiary health care unit, in the state of Rio de Janeiro. The transfer of care is a set of actions aimed at guaranteeing the access of patients to primary care, the integrality between the levels of care through the cooperation between health care services in partnership with the health care network and with the Primary Care Units (PCUs) at patient's neighborhood. Promoting and supervising the transfer of children from secondary to primary care becomes the general objective of this research. The results have shown that most transfers were successful and the difficulties reported by some managers are related to the underfunding of the PCUs. The transfers resulted in lower costs for the patients and increased offer of consultations at the outpatient clinic, increasing the access to the adequate level of health care according to the patient's necessities, respecting SUS principles.

**Keywords:** Transfer of health care; Cooperation between health care services; Integrality; Health Policy.

## **Resumen**

Estos son los resultados de la investigación de transferencia de atención, llevada a cabo en una clínica ambulatoria para niños en una unidad de salud de complejidad media y alta, que cubre el estado de Río de Janeiro, para la atención primaria. La transferencia de atención es un conjunto de estrategias que tienen como objetivo garantizar el acceso a la atención primaria, con el objetivo de la integralidad entre los niveles de atención, a través de la intersectorialidad en asociación con la red y con las Unidades Básicas de Salud (UBS) del territorio de los usuarios. Así, el análisis del proceso de transferencia de atención a los niños en condiciones de cuidado en el (UBS) se convierte en el objetivo general de este artículo. Los resultados indican éxito en la mayoría de las transferencias; y las

dificuldades reportadas por algunas personas responsables están relacionadas con la infrafinanciación de los UBS. Las transferencias resultaron en un menor costo de viaje para los usuarios y en la mayor oferta de vacantes ambulatorias, ampliando el acceso al nivel de atención de acuerdo con las necesidades de salud, respetando los principios del SUS.

**Palabras clave:** Transferencia de Atención; Interseccionalidad; Integridad; Política de Salud.

## 1. Introdução

A pesquisa intitulada Transferência de Cuidados desenvolveu-se no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), de administração federal, que está localizado na cidade do Rio de Janeiro e atende população com necessidade(s) de saúde que requerem assistência de média e alta densidade tecnológica. Como integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) o IFF tem reunido esforços para qualificar sua intervenção no sentido da consolidação de um sistema de saúde universal, equitativo e integral.

O ensaio apresentado aliou pesquisa e intervenção como instrumentos de gestão em saúde pública, assim como envolveu uma equipe multiprofissional composta por Assistentes Sociais, Enfermeiras e Médicos. O foco seminal dessa proposta é a materialização da integralidade como um princípio vívido e que se realiza intra e extra institucionalmente, ou seja, que se materializa também a partir da atenção em rede.

Advém do processo de redemocratização brasileira, as conquistas no que tange o conceito amplo de Seguridade Social e, especificamente à Saúde, tendo em vista o enfoque deste trabalho. Com a Constituição Federal (1988), o Brasil assume a saúde como direito de todos e dever do Estado a ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doenças e agravos. Desta forma, adota uma concepção de saúde ampliada, para além da ausência doença, considerando também determinantes e condicionantes de saúde, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8080 (1990), portanto, traz a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação como princípios norteadores da atenção à Saúde no Brasil.

Portanto, integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de atenção em saúde que incorpore a universalidade e a equidade no atendimento aos usuários, atuando no fortalecimento da lógica da saúde como um direito social. A integralidade se expressa numa dupla dimensão: na relação direta estabelecida pelas equipes com os usuários intra-instituição, assim como na relação entre as instituições, entre os diferentes níveis de atenção, cada um respondendo às necessidades de saúde de acordo com seus saberes e disponibilidades tecnológicas.

Como observa Fracoli, Zoboli, Granja & Ermel (2011) é um desafio fundamental para o SUS a

articulação da integralidade na sua dimensão localizada no interior de cada processo de trabalho, com a integralidade mais ampliada que se realiza em uma rede de serviços de saúde. Nessa perspectiva a integralidade é tomada como multidimensional e multifacetada, com vista ao atendimento de necessidades de saúde, olhando a totalidade dos indivíduos e não suas partes adoecidas. Em outras palavras, além de assegurar assistência curativa nos diversos níveis de atenção, é preciso, *pari passu*, prevenir e promover saúde.

Nesse sentido, o apresentado neste artigo é um exercício coletivo de materialização do sentido da integralidade aplicada à realidade de um ambulatório geral de crianças que teve como objetivo promover a transferência de cuidados implicada dos usuários em condições de serem acompanhados pela Atenção Básica. Por transferência de cuidados implicada entenda-se um ato em que profissionais e o serviço tomam como atividade institucional o processo de contrarreferência. Com este processo, fomentou-se o diálogo e reflexão com os usuários do serviço especializado sobre o direito à atenção também no nível primário bem como os ganhos em saúde que podem advir desta vinculação com a Atenção Básica.

### **1.1 O caminho entre a transferência de cuidados e a atenção básica**

O ambulatório geral de crianças do IFF iniciou em 2014 um projeto piloto de Transferência de Cuidados de crianças com condição de saúde de baixa densidade tecnológica para a continuidade na Unidade de Atenção Básica (AB). O movimento de transferência foi respaldado por pesquisa de Inácio Filho (2010), onde o autor constatou que 54% das crianças atendidas no ambulatório geral do IFF, não correspondiam ao perfil de acompanhamento em ambulatório de alta densidade tecnológica. Este estudo demonstrou que a maioria das crianças poderia ser transferida para a unidade de saúde básica, próxima de seu domicílio, possibilitando um cuidado melhor direcionado em seu território.

Essa constatação realizada em 2010 impulsionou a elaboração da pesquisa de Transferência de Cuidados. Em 2015, o projeto foi submetido a um Edital proposto pela Fiocruz. Após seleção e aprovação, passou a fazer parte do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção à Saúde (PMA) – Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas da Fiocruz até junho de 2020.

A questão é que, embora a atenção básica devesse ser de acesso e cobertura universal, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de saúde pública, os anos de desfinanciamento e as decisões políticas com os modelos de gestão e gerências das ações e serviços de saúde adotados nas últimas décadas (Junior, 2014); além do foco em investimento em unidades de alta densidade tecnológica, resultaram em desmotivação e descrença da população usuária do SUS no potencial de oferta da Atenção Básica. Esse movimento deixou de fortalecer, como previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria nº 2.436 (2017), o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em

saúde.

Apesar da PNAB (2017) colocar a Atenção Básica como serviço a ser ofertado integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, sem nenhuma exclusão, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, é comum a busca de atendimento de necessidades básicas de saúde em unidades de outros níveis de atenção, sem regulação ou necessidade em saúde que justifique esse acesso. Como consequência havia um montante de usuários no ambulatório geral de crianças sem vinculação à unidade básica de saúde para além da vacinação.

Importante situar que, o referido ambulatório do IFF/FIOCRUZ, antes da sistematização e elaboração do projeto da Transferência de Cuidados, já realizava um movimento de promover a alta das crianças, cujo cuidado poderia se dar diretamente na Atenção Básica. Todavia, as dificuldades eram as seguintes: a) os usuários não queriam perder o vínculo com o IFF, além de muitos não “confiarem” no serviço prestado pela Atenção Básica; b) em diversas situações a Atenção Básica demonstrava receio em receber usuários de uma unidade de alta densidade tecnológica como o IFF. Com isto, após serem encaminhados para a Atenção Básica, era comum os usuários retornarem ao ambulatório do IFF referindo não conseguir acessar o serviço da UBS. Nestes casos, já se realizava articulação com a rede de saúde do território da criança transferida, mas devido à sobrecarga de tarefas, esses contatos eram realizados conforme disponibilidade dos profissionais. Por esta razão, optou-se por sistematizar esse processo e qualificá-lo, de modo a possibilitar um acompanhamento mais orgânico das transferências para a AB e posterior reflexão sobre as questões envolvidas nesse processo.

Adotou-se o termo “transferência” porque, diferente da contrarreferência já prevista no SUS, ampara-se em estratégias que visem garantir o acesso à AB, objetivando o compartilhamento do cuidado entre os níveis de atenção, estabelecendo parceria com a rede e com as UBSs do território dos usuários. Além disso, a transferência de cuidado também envolve os(as) usuários(as) e responsáveis nesse processo, compartilhando conhecimento sobre o funcionamento do SUS e a perspectiva de luta pela garantia do direito à saúde com qualidade, possibilitando dessa maneira, ações que visam a integralidade da atenção e do cuidado.

O objetivo geral da pesquisa foi promover e acompanhar a transferência de cuidados de crianças e adolescentes do ambulatório de crianças do IFF para as UBS próximas a seus domicílios. Para tanto, definiu-se como objetivos específicos a) mapear as crianças com transferência de cuidados efetuada no ambulatório geral de crianças do IFF; b) contatar UBS de referência da residência das crianças transferidas visando a garantia do acesso à saúde, caso haja dificuldades relatadas pelos (as) responsáveis no acesso; c) estabelecer estratégias conjuntamente com a rede de Atenção Básica, garantindo a transferência de cuidado com qualidade; d) promover formação continuada dos profissionais da rede de atenção básica, visando compartilhar conhecimentos sobre os cuidados pediátricos em ambulatórios de referência.

A partir das mudanças nos perfis dos usuários e dos dados de alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população de crianças e adolescentes, é preciso promover uma mudança de cultura no sentido de propor soluções para garantia da continuidade do cuidado, nesse sentido é fundamental reiterar a premissa de que a AB tem papel central na coordenação do cuidado de todos os usuários a partir do seu território (Moreira & Goldani, 2010; Mendes, 2010).

Além do subfinanciamento do SUS nas três esferas de governo, entende-se hoje que um dos principais problemas a ser enfrentados para melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos é o da fragmentação. O que podemos notar, tanto na sua dimensão geral do sistema como rede, quanto na rede interna – para dentro dos hospitais terciários – é o agravamento da fragmentação da atenção, com serviços oferecidos na lógica da especialização médica. Como atuar frente a essa realidade que exige desconstrução? Entendemos que o caminho mais resolutivo já foi apontado – a integralidade (Mattos, 2004; Carnut, 2017). Dentre os obstáculos para essa realização está o desafio de integrar os diversos setores de um hospital terciário para dar conta da fragmentação e ofertar um projeto terapêutico integrado no âmbito da instituição. E esta dificuldade se multiplica, em complexidade, quando pensamos na garantia da continuidade do cuidado integrando também a rede externa, ou seja, integrando a passagem do usuário pela AB (Mendes, 2010).

## **2. Metodologia**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quanti-qualitativa (Minayo, 2006). A dinâmica utilizada associa análises objetivas e compreensão de fluxos e redes de atenção à saúde. A opção pela triangulação está atrelada ao objeto delimitado, tornando-se necessário elucidar aspectos quantificáveis e qualitativos relacionados ao acesso à Atenção Básica.

O período de coleta de dados da pesquisa foi de outubro de 2016 a dezembro de 2017, conforme cronograma aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Esta pesquisa foi realizada respeitando as recomendações e exigências da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IFF/FIOCRUZ, em 2016, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 45731818000005269.

A proposta teve como público alvo as crianças em condições de transferência de cuidados atendidas no ambulatório geral de crianças do IFF, que no período de coleta de dados supracitado, somou-se 88 transferências. E, em um segundo momento, foram envolvidos os profissionais de saúde e gestores da Atenção Básica dos municípios com maior demanda para transferência de cuidados.

Inicialmente, foi realizada a identificação dessas crianças pela equipe médica do ambulatório geral. Seus responsáveis legais foram envolvidos no processo, com o objetivo de compartilhar conhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde e o significado da transferência do cuidado. Em

consulta pediátrica, após dialogar com os(as) responsáveis acerca do motivo da transferência para a Atenção Básica e o assentimento destes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o(a) profissional responsável pela transferência atualizou o endereço e o telefone para posterior contato com os(as) responsáveis, explicando que o contato telefônico seria realizado, com o objetivo de acompanhar sua inserção na Atenção Básica. Então, os dados das crianças transferidas foram sistematizados em uma planilha contendo: a) número de prontuário, b) nomes da criança e do(a) responsável; c) data de nascimento, d) endereço completo e) telefones de contato dos(as) responsáveis, f) data da transferência, g) médico(a) responsável, h) data do contato realizado com o(a) responsável, i) resposta à vinculação na UBS, j) observações e intervenções adotadas para assegurar o acesso à UBS. A planilha, desta forma, constitui-se em importante instrumento de investigação para obtenção de informações e sistematização sobre o acesso à Atenção Básica.

Posteriormente, foi usado como indicador a realização de atendimento na UBS do território de moradia da criança. Tal indicador foi verificado, após pelo menos um mês da realização da transferência, a partir de entrevista, via telefone, com o(a) responsável pela criança transferida. Através das ligações telefônicas com os responsáveis dos usuários transferidos foram acompanhados os movimentos dos usuários na rede de atenção, com o objetivo de observar a vinculação com a atenção básica seguindo as orientações recebidas na última consulta no ambulatório geral. Logo, perguntava-se aos responsáveis se eles já conheciam sua unidade básica de saúde/clínica da família/posto de saúde de referência do seu endereço; se já possuíam vínculo anterior seja por cadastro em vacina, visita domiciliar do agente comunitário de saúde ou mesmo em consulta com enfermeiro ou médico da equipe básica. Caso a resposta fosse negativa, eram estabelecidos contatos com profissionais da rede de saúde local visando viabilização do acesso ou o entendimento das dificuldades, para não efetivação deste acesso. Os contatos por telefone se dava até o retorno positivo dos responsáveis, isto é: quando estes relatavam a vinculação com a UBS, seja através da dinâmica de agendamento ou da marcação com profissional da equipe. Enfatizava-se nestes contatos, a disponibilidade da equipe do ambulatório de crianças, para intermediar a vinculação em caso de dificuldade de acesso. Esse contato objetivava a busca de informações sobre o acesso do usuário à UBS.

Caso não tivesse ocorrido o vínculo adequado com a Atenção Básica por razões estruturais, os(as) responsáveis pela UBS ou pela Atenção Básica naquele município eram contatados, para encaminhamento das dificuldades sinalizadas pelas famílias. E mantido contato com os responsáveis para acompanhar os desdobramentos até o atendimento e vinculação da criança.

Através da conjugação do atendimento às famílias para a explicitação da proposta, entrevistas (via telefone) com familiares e articulação com a rede de Atenção Básica, pretendia-se proporcionar o acesso ao nível adequado de atenção da rede SUS às crianças atendidas no ambulatório do IFF.

Os dados quantitativos foram mensurados e alocados por municípios e, no caso da cidade do Rio de Janeiro, por áreas programáticas (forma de regionalização adotada pelo município do Rio de Janeiro tendo 10 conjuntos de bairros, no total). Os dados referentes à quantidade de crianças transferidas foram tabulados para identificação dos municípios que mais demandaram transferência de cuidados.

Para analisar os dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise temática, com base em Bardin (2011), como uma das formas de obter informações para expressar o que pensa(m) o(s) grupo(s) investigado(s) sobre determinado tema. A observação ou identificação de um ou vários temas ou itens de significação nas entrevistas, viabilizou a escolha de uma unidade de codificação. Então, a partir da fala dos(as) entrevistados(as) se identificou quais as dificuldades e facilidades de acesso à UBS.

O desfecho estabelecido foi o da realização da Transferência de Cuidados do ambulatório de crianças do IFF para a Atenção Básica, de maneira qualificada, contribuindo para que as crianças acessassem a rede em conformidade com os princípios organizativos (descentralização, hierarquização e participação social) do SUS, buscando a integralidade na atenção à saúde.

### **3. Resultados e Discussão**

Ao longo da pesquisa, de outubro de 2016 a dezembro de 2017, foram transferidas 88 crianças. Destas, 43 (48,8%) residiam no município do Rio de Janeiro e outras 45 (51,1%) oriundas de outros municípios, principalmente da região metropolitana que chega a 40 (45,5%) crianças, com destaque aos municípios: São João de Meriti (7,95%), Belford Roxo (5,7%) e Duque de Caxias (5,7%).

Durante o período de coleta de dados, não foi possível estabelecer contato com 18 famílias (20,5%), apesar da atualização dos telefones e endereços no último atendimento presencial e do envio de telegramas buscando reestabelecer contato através dos telefones da recepção do ambulatório geral de crianças. Das 70 crianças transferidas com as quais foi possível estabelecimento de contato com os(as) responsáveis, 49 (70%) já possuíam vínculo com a UBS ou conseguiram vinculação sem necessitar mediação, embora em alguns casos tenham demorado meses para conseguir o atendimento ou o cadastro. Das 21 crianças - no universo de 70 - 10 responsáveis não manifestaram interesse de vinculação com a Atenção Básica. E 11 demandaram alguma interlocução com a rede.

Dos 11 (15,7%) responsáveis que referiram dificuldade de vinculação à UBS de referência, 5 (4,5%) conseguiram atendimento após contato da pesquisa com a UBS de referência e/ou com a Secretaria Municipal de Saúde do município de origem ou, ainda, através de orientação dos(as) responsáveis quando o contato não foi possível com a unidade da Atenção Básica. Cabe destacar que em duas situações foram solicitados laudos médicos para vinculação à UBS, embora esta seja

preconizada pelo Ministério da Saúde como porta preferencial de entrada do SUS. Outros 6 (5,5%) responsáveis ainda relatam dificuldade para conseguir atendimento na UBS e continuaram sendo acompanhados pela equipe do ambulatório. Dentre os motivos relatados estão: posto de saúde sem profissional médico; a UBS não estava realizando cadastro; UBS refere não atender criança devido à especialidade do profissional médico generalista ou, ainda, indisponibilidade de horário na agenda da UBS.

Destaca-se a importância de ações de integralidade nos processos coletivos de trabalho, levando-nos a reflexão sobre os motivos de usuários não serem absorvidos, a priori, pelas instituições que deveriam acolhê-los. Todavia, vale destacar que, algumas crianças foram absorvidas após interlocução com a rede. Nesse sentido, em associação a reflexão de Mattos (2004), pode-se ponderar que não basta apenas o desenvolvimento de protocolos, como o da referência e contrarreferência ou de rotinas, é preciso construção de redes, de estratégias de vinculação, de conhecimento do território e das instituições, para que usuários sejam atendidos com qualidade. Provavelmente, o contato realizado não foi responsável pela criação de uma vaga, mas talvez tenha sido responsável pelo entendimento de que o local adequado para vinculação daquela criança fosse, nesse momento, a UBS. Essa análise pode ser corroborada por uma das falas de um responsável ao explicar a diferença da resposta recebida pelos munícipes e pelas crianças advindas do IFF, enquanto para os primeiros não era possível agendar atendimento por paralisação dos funcionários; as crianças do IFF foi solicitado o comparecimento do responsável na secretaria de saúde para referenciá-la à unidade de saúde de referência. Conforme registros da pesquisa: “responsável afirma que entraram [secretaria municipal de saúde] em contato com ele e referendaram para o Posto de Saúde que ele já havia ido e que só "com o papel conseguiu", salientando a diferença de tratamento em relação ao momento que ele compareceu sozinho, sem encaminhamento”. Ressalta-se que para atendimento na Atenção Básica não necessita de encaminhamento para atendimento da população do território, já que se constitui como porta de entrada preferencial do SUS.

Dentre os(as) responsáveis com quem foi estabelecido contato por telefone, 10 (15%) referiram não ter interesse em procurar a unidade básica de saúde por já possuir plano de saúde privado (6 entrevistados) ou já ser atendidas em outras unidades de saúde de maior densidade tecnológica que a UBS (2 entrevistados) e/ou por descrédito no trabalho desenvolvido na Atenção Básica (5 entrevistados).

Das 54 crianças (49 transferidas sem dificuldade somadas às 5 que foram transferidas após interlocução com a rede), com as quais foi obtido sucesso no contato telefônico e que buscaram vinculação com sua UBS de referência, 77,8% (28/36) que residem na capital conseguiram se vincular a UBS; 70,9% (22/31) na região metropolitana e 66,7% (2/3) em outros municípios do estado do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013 implantou uma mudança na política pública com o foco na Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), onde ocorreu a expansão

das ações da Saúde da Família (Soranz, Pinto & Penna, 2016), possibilitando uma ampliação do acesso dos usuários as UBS. Portanto, é possível inferir que o aumento da cobertura da RCAPS possibilitou, em alguma medida, a vinculação dessas crianças.

Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 apontava que cerca de 60% da população brasileira possuía cadastro na Atenção Básica (Malta, 2013). Segundo o Departamento de Atenção Básica (Brasil, 2018), o estado do Rio de Janeiro, no final de 2016, apresentava cobertura de apenas 51,72% da população pelas equipes de Saúde da Família – até então a principal estratégia nacional na Atenção Básica.

O mesmo não ocorreu com os municípios da Região Metropolitana, os dados disponíveis pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2018), apontam para a baixa cobertura na Atenção Básica dos municípios da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Com isto, pode-se relacionar a baixa cobertura à dificuldade de vinculação às unidades básicas de saúde. Ademais, durante o período que os usuários do ambulatório geral de crianças foram acompanhados, através da pesquisa de Transferência de Cuidados, ocorreram paralisações e greves nas unidades básicas de saúde na região metropolitana, incluindo o município do Rio de Janeiro, conforme dados colhidos ao longo das entrevistas realizadas por telefone com os(as) responsáveis das crianças transferidas. Embora as paralisações tenham sido momentâneas, tiveram impacto no tempo para vinculação na unidade básica de saúde de referência – sendo necessária intervenção para assegurar o atendimento na UBS - e geraram insegurança em alguns(as) responsáveis de crianças transferidas, ainda conforme dados colhidos nas entrevistas. A partir dos dados levantados através das entrevistas com os responsáveis das crianças transferidas e com os serviços e Secretarias de Saúde, ao menos quatro municípios passaram por esta situação: Duque de Caxias, São João de Meriti, Mesquita e Rio de Janeiro. Esta conjuntura trouxe impacto para o andamento da pesquisa e ao acesso das crianças ao serviço de saúde adequado. Foram meses aguardando realização do cadastro e posterior atendimento.

Atualmente, a Atenção Básica, além de ter que dar conta da sua complexidade do território, sofre com o desmantelamento interno de suas estruturas de produção de cuidado. Publicada em 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria nº 2.436, 2017), proporciona a retirada da priorização de Estratégia Saúde da Família como meio de desenvolvimento da atenção, ou seja, atribui o mesmo sentido às equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica. O resultado prático, dentre outros, é que esses dois tipos de equipe passam a ter as mesmas responsabilidades e a disputar os mesmos recursos, sendo uma decisão do gestor municipal a opção pelo modelo inscrito na PNAB 2006 ou por sua versão 2017, evasiva e flexibilizada. Esse contexto de desmonte progressivo atua intensamente sobre as condições mínimas de materialização da integralidade, nesse sentido estão postos desafios no âmbito da realização das atribuições da AB municipal, assim como na esfera da construção e sustentação de uma atenção efetivamente em rede que integre os níveis de atenção.

A partir do segundo semestre de 2017, conforme previsto no cronograma da pesquisa, foram realizados contatos com as Secretarias de Saúde e/ou coordenação de AB dos municípios que

apresentaram maior quantitativo de crianças transferidas, sendo eles: São João de Meriti, Duque de Caxias e Belford Roxo. O objetivo dos contatos era: a) devolução dos dados coletados para as respectivas Secretarias de Saúde e b) formação de parcerias com o objetivo de promover ações para os profissionais da rede de Atenção Básica, visando compartilhar conhecimentos sobre os cuidados de crianças em ambulatórios de referência. Apesar dos contatos realizados não ocorreu retorno sobre o interesse na oferta da atividade de educação permanente aos profissionais da Atenção Básica.

Ainda foram produtos desta pesquisa 1) a elaboração da cartilha “A tecnologia da Transferência de nível de atenção: compartilhando saberes” (Vidal et al., 2019) como instrumento pensado para difundir a tecnologia desenvolvida e aprimorada ao longo da pesquisa e divulgada em espaços colegiados interinstitucionais. 2) a elaboração de um infográfico, intitulado “A estratégia de Transferência de Cuidados e sua importância na rede de atenção”, para socialização junto a Atenção Básica. 3) Produção de uma WebTV Transferência de Cuidados de um Ambulatório de Referência para a Atenção Básica (Fiocruz, 2019).

Na Cartilha (Vidal et al., 2019) está apontado o modo como foi desenvolvida a transferência no ambulatório geral de crianças do IFF. Contudo, esse modo necessita ser pensado e realizado conforme a realidade e estrutura dos serviços. Nesta pesquisa/intervenção, a transferência de nível de atenção tem passos estratégicos, são eles: 1) definição e distribuição das responsabilidades entre os/as profissionais do ambulatório; 2) definição do perfil dos indivíduos atendidos no serviço de saúde; 3) identificação dos indivíduos que podem ser transferidos, ou seja, que apresentam condições de saúde possíveis de serem acompanhadas na Atenção Básica; 4) Esclarecimento aos/às usuários/as do serviço de saúde ou o/a responsável, nos casos dos indivíduos que não respondem legalmente por si, sobre os motivos da transferência de cuidados, informando não haver mais necessidade da permanência em unidade de média/alta densidade tecnológica e que seu vínculo com o SUS se manterá na UBS; 5) Entrega ao indivíduo transferido ou ao seu responsável de um resumo clínico destinado à UBS de referência, deixando cópia anexada em seu prontuário. Além disso, informar sobre o direito do usuário a uma cópia do prontuário na íntegra; 6) Registro dos dados dos indivíduos transferidos em uma planilha onde constem: nome, número do prontuário, data de nascimento, nome do/a responsável, endereço completo com CEP, números de telefones para contato, data da transferência, data prevista para contato telefônico da equipe envolvida no processo e espaço para comentários/observações; 7) Após cerca de um mês da data de transferência, estabelecer contato, por telefone, com os indivíduos transferidos ou seus/suas responsáveis para acompanhar a vinculação destes à UBS de referência; 8) Caso seja relatada alguma dificuldade de vinculação, iniciar a articulação intersetorial com a própria UBS. Quando este contato não for possível ou não assegurar a vinculação, contatar as coordenadorias de Atenção Básica ou as próprias secretarias municipais de saúde; 9) Em caso de insucesso da articulação com a rede de saúde, pode-se recorrer aos órgãos de garantia de direito como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), as Promotorias de Justiça e Conselhos Tutelares, nos casos de transferências de crianças e adolescente com idade inferior a 18 anos.

#### 4. Considerações Finais

Atualmente, tem se vivenciado um retrocesso e desmonte do SUS como sistema de saúde universal, integral e público, especialmente na formação de redes e soluções para o atendimento das necessidades de saúde da população. Todavia, em meio às dificuldades ocorreram avanços. Os dados da pesquisa demonstraram que as UBSs, conseguiram absorver, com qualidade, a maioria das crianças transferidas. Observou-se que há entraves quando o usuário busca, de forma autônoma, a Atenção Básica. O mesmo não ocorre quando existe a referencialidade pela unidade especializada, cujo acesso foi realizado com menor grau de dificuldade. As dificuldades relatadas dizem respeito tanto à estrutura das UBSs, que se relaciona diretamente com a conjuntura local, quanto a uma determinada insegurança dos/as profissionais em prestar cuidado a usuários provenientes de unidades terciárias; mesmo quando estes não necessitem de alta densidade tecnológica para sua assistência à saúde.

O processo de transferência de cuidados possibilitou contribuições importantes, dentre as quais se destaca a) a qualificação do atendimento no ambulatório de crianças do IFF: as transferências propiciaram e continuam propiciando, dada incorporação à rotina institucional, um atendimento das crianças no nível adequado de cuidado; b) o menor custo para o usuário que se deslocava do seu bairro para atendimento de saúde, tendo este atendimento realizado próximo à sua residência; c) o esclarecimento à família de que o usuário pertence ao SUS e sua inserção no sistema é dinâmica, devendo ser prestada com qualidade e o mais próximo de sua residência possível, pois isso propicia articulação da rede intersetorial local, bem como atenção à saúde que considera os dados epidemiológicos do território; d) a ampliação de vagas para crianças que realmente necessitam de atendimento em um ambulatório de referência; e) a possibilidade de ofertar o modus operandi de transferência implicada de cuidados para outros ambulatórios da própria instituição e para outras unidades de saúde de média e alta complexidade do SUS; f) o amadurecimento da equipe multiprofissional em relação ao potencial da integralidade da atenção no que tange à articulação com a Atenção Básica, sendo estimulada a vinculação com a UBS concomitante ao acompanhamento no ambulatório de referência.

Como possibilidade de estudos futuros aponta-se para o aprofundamento das discussões relacionadas à construção de estratégias visando a materialização da integralidade entre os níveis de atenção à saúde. Assim como, investimento em pesquisas que deem continuidade à temática da transferência de cuidados, com enfoque voltado para o compartilhamento e transição desse cuidado nos diferentes níveis de complexidade.

#### Referências

Bardin. L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Carnut, L. (2017). *Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil*. *Saúde debate*, 41(115), 1177-1186.

*Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Brasil. (2018). Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal no estado do Rio de Janeiro*. Recuperado de [http://dab.saude.gov.br/po\\_rtaledab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/po_rtaledab/historico_cobertura_sf.php).

Fiocruz. (2019, agosto 7). Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas. Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA). WebTV. *Transferência de Cuidados de um Ambulatório de Referência para a Atenção Básica*. [Arquivo de Vídeo]. Recuperado de <https://youtu.be/oqAvyV1Y19U>.

Fracolli, L. A., Zoboli, E. L. P., Granja, G. F., & Ermel, R. C. (2011). *Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1135-1141. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500015>.

Inácio Filho, A. R. (2010). *Aspectos da linha de cuidado desenvolvida a partir do ambulatório geral de pediatria do Instituto Fernandes Figueira*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Júnior, F. B. (2014). *Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde*. In: M. I. S Bravo & J. S. B. Menezes (orgs). *A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as Lutas Sociais Contra a Privatização*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 98 p.

*Lei nº 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. Diário Oficial da União. Brasília.

Malta, D. C., Santos M. A.S., Stopa S. R., Viera J. E. B., Melo E. A. & Reis A. A. C. (2016). *A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 21(2):327-338. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

Mattos, R. A. de. (2004). *A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5), 1411-1416.

Mendes, E. V. (2010). *As redes de atenção à saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2297-2305.

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9 ed.revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC.

Moreira, M. E. L. & Goldani, M. Z. (2010). *A criança é o pai do homem: novos desafios para área de saúde da criança*. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (2): 321-327.

*Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, 22 set 2017; seção 1.

Soranz, D; Pinto, L. F. & Penna, G. O. I. (2016). *Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. Ciênc. Saúde Coletiva, 21(5), 1327-1338. ISSN 1413-8123. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.01022016>.

Vidal, D. L. da C., Albernaz, A. L. G., Santos, A. R., Pala, A. M., A, Moura, D. V., Marques, C. P. Saboia, A P A. & Silva, L. B. (2019). *Tecnologia da transferência de nível de atenção: Compartilhando Saberes*. Cartilha. IFF/FIOCRUZ.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Dolores Lima da CostaVidal – 15%

Aline Rodrigues dos Santos – 15%

Alessandra Marins Pala – 15%

Antonio Luiz Gonçalves Albernaz – 15%

Cleide Pinto Marques – 15%

Leticia Batista Silva – 15%

Daise de Moura Vieira– 10%