

# REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA PARA A ATUAÇÃO INTEGRAL NA MEDICINA

Health care networks: the importance of reference and counter-reference for comprehensive care in medicine

Jéssica Maria Marini<sup>1</sup>; Ramiro Ronchetti<sup>2</sup>; Samuel Salvi Romero<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Regional Integrada e do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus Erechim. *E-mail*: jessica-marini@hotmail.com

<sup>2</sup> Médico Psiquiatra. Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica. Mestre em Psicologia Clínica. Professor e Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva e Humanidades do Curso de Medicina da Universidade Regional Integrada e do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus Erechim. *E-mail*: rronchetti@gmail.com

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional Integrada e do Alto Uruguai e das Missões, Câmpus Erechim. *E-mail*: samuel@uricer.edu.br

Data do recebimento: 23/02/2024 - Data do aceite: 10/04/2024

**RESUMO:** As Redes de Atenção à Saúde são organizadas para buscar a integralidade nos atendimentos das populações, nos mais diversos territórios. Para tanto, encontra-se na referência e contrarreferência uma estratégia para garantir os princípios básicos do SUS, sendo a referência o processo de encaminhamento de um paciente ao nível de maior complexidade, como serviços de especialidade e atenção hospitalar, e a contrarreferência o retorno para a atenção básica (UBS). Assim, esse trabalho é caracterizado como descritivo exploratório e de natureza qualitativa, cujos objetivos são diagnosticar os processos de referência e contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), na atuação em Medicina; conhecer o perfil sociodemográfico e de atuação dos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) e no contexto hospitalar; descrever os processos de referência e contrarreferência realizados por esses profissionais, e discutir acerca dos impactos que a presença ou a ausência desses processos podem causar. Os participantes são 12 profissionais médicos (6 da média e alta complexidade e 6 da APS), que foram submetidos

à entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico e de atuação profissional. As entrevistas foram analisadas sob forma temática de conteúdo e interpretadas de forma conjunta. A partir da análise temática de conteúdo emergiram 4 categorias. Contudo, com base nessa análise, pode-se dimensionar a importância das Redes de Atenção à Saúde no contexto de saúde pública e o quanto os processos de referência e contrarreferência são fundamentais para o cuidado em saúde, além do prejuízo proveniente da ausência deles e, ainda, elencar possíveis melhorias na realização desses processos.

**Palavras-chave:** Medicina. Atenção Hospitalar. Atenção Primária à Saúde. Sistema integrado. Prontuário Único.

**ABSTRACT:** Healthcare Networks are organized to pursue comprehensive care for populations in various territories. Therefore, the reference and counter-reference system is employed as a strategy to ensure the basic principles of the Brazilian Unified Health System (SUS). Reference is the process of referring a patient to a higher level of complexity, such as specialized services and hospital care, while counter-reference involves the patient's return to primary care (Basic Health Units). This study is characterized as exploratory, descriptive, and qualitative, whose objectives are: to diagnose the reference and counter-reference processes in Healthcare Networks (RAS) in Medicine; to understand the sociodemographic and professional profile of physicians in Primary Health Care and hospital contexts; to describe the reference and counter-reference processes carried out by these professionals; and to discuss the impacts that the presence or absence of these processes may cause. The participants included 12 medical professionals (6 from medium and high complexity levels and 6 from Primary Health Care), who underwent semi-structured interviews and completed a sociodemographic and professional questionnaire. The interviews were thematically analyzed and interpreted collectively. Four categories emerged from the thematic content analysis. Nevertheless, through this analysis, the importance of healthcare networks in the context of public health can be measured, and the significance of reference and counter-reference processes for healthcare delivery, as well as the drawbacks resulting from their absence. Additionally, possible improvements in implementing these processes can be identified.

**Keywords:** Medicine. Hospital Care. Primary Health Care. Integrated System. Unified Medical Record.

## Introdução

O modelo de assistência à saúde vem sofrendo alterações diversas, no Brasil, desde a institucionalização, na Constituição

Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde, regulamentado por meio da Lei Orgânica nº 8.080/90. Essas mudanças são tidas como desafiadoras, porém necessitam ser incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde, seja pelos profissionais/equipes de saúde,

bem como, por parte dos gestores (Fertonani *et al.*, 2015).

Os princípios que doutrinam o SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade é o princípio que garante a saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros; a integralidade busca garantir um atendimento em todas as esferas de necessidade da população, visando à prevenção e à medicina curativa, em diferentes níveis de complexidade; e a equidade visa a um atendimento igualitário a todos os usuários do sistema, além de fornecer o necessário em saúde para reduzir as desigualdades existentes nos diferentes setores populacionais. Outros princípios menores foram designados para complementar os princípios doutrinários, como a longitudinalidade, que garante o cuidado continuado ao longo da vida.

De maneira a garantir o acesso a todos os seus usuários, o sistema único de saúde (SUS) foi construído com base em alguns pilares, que são garantidos por via constitucional, sendo essas suas diretrizes e princípios básicos. Para a totalidade do serviço é de grande importância garantir que esses princípios sejam mantidos, assegurando eficiência, eficácia e equidade no atendimento e no uso de recursos públicos (Castro *et al.*, 2019).

O SUS foi criado com o intuito de oferecer uma atenção gratuita e integral à saúde da população, com o objetivo de suprir a demanda única de cada indivíduo em todos os seus segmentos de vida. É imprescindível para a boa estruturação do sistema de saúde o princípio da integralidade, que se caracteriza por dispor de ampla gama de serviços para garantir o suprimento de todos os aspectos de necessidade da população, e o princípio de equidade, que consiste em dispor o cuidado diferenciado e único para cada indivíduo que utiliza o SUS, fornecendo atenção individualizada, de modo a diminuir a desigualdade na saúde pública. Isso se estrutura para fornecer

um melhor acesso aos serviços de saúde, melhorando índices de saúde nesses setores e expandindo o acesso a tratamentos (Macinko; Mendonça, 2018).

Para uma melhor especificidade de cuidado ao usuário, o SUS é dividido em 3 diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Essa divisão foi formulada a fim de garantir o bom manejo de pacientes, tendo como embasamento os princípios que constituem o sistema único de saúde, além de buscar evitar uma congestão de serviços em níveis de maior complexidade (Macinko; Mendonça, 2018).

Dessa forma, uma série de propostas para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) foi sendo estruturada e desenvolvida ao longo dos anos. Merece papel de destaque, nesse processo, o Programa de Saúde da Família (PSF), conhecido, na atualidade, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que detém um caráter contínuo e permanente de cuidado e ações de promoção, prevenção, educação em saúde, além de aproximação com os usuários e seus territórios. A ESF, por sua vez, representa uma importante ferramenta para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde na medida em que promove um modelo de atenção universal e descentralizado se diferenciando do paradigma dominante da saúde (curativista, biologicista) (Cunha *et al.*, 2013).

Aprovada em outubro de 2011, a Portaria 2.488, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), configura-se por ser uma proposta que se desenvolve por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, sob a forma de trabalho em equipe direcionado à população, levando em consideração as diferenças territoriais existentes (Brasil, 2011).

A partir da reorganização da ABS, no ano de 2017 (Lei 2436/2017), se torna imprescindível acompanhar os novos rumos das ações e intervenções nos mais diversos serviços,

entrevendo a satisfação do usuário e a relação da mesma com propostas de cunho educativo e de proteção à saúde (Brasil, 2017).

A atenção primária é para onde, majoritariamente, o cuidado ao paciente é direcionado. É nesse nível que o primeiro contato do usuário com o sistema é formado, tendo uma boa estrutura para resolução de grande parte dos problemas de saúde. A prática de Atenção Primária à Saúde tem como atributos o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação (Lavras *et al.*, 2011).

Contudo, alguns entraves insistem em permear esse processo, tais como a dificuldade de acesso em localidades longínquas, a falta de infraestrutura dos serviços atrelada ao baixo investimento em recursos públicos, o déficit de recursos humanos somado à formação e à organização do trabalho em equipe ineficaz, bem como a fragmentação da atenção básica em relação aos demais níveis de atenção (Carvalho *et al.*, 2014).

O fortalecimento das ações de ABS não pode ser visto como único caminho para a universalidade do acesso aos serviços de saúde, mas deve ser encarado como uma estratégia imprescindível para a melhoria do acesso aos serviços, bem como garantia dos direitos à saúde dos indivíduos (Kemper *et al.*, 2018). Por exemplo, a atuação da medicina na atenção primária é complexa, uma vez que não se baseia apenas na cura de enfermidades e tratamento dos sintomas. Sua função dentro do cuidado básico é a assistência total e integral ao indivíduo. Apesar de ainda estarmos buscando concretizar o que a teoria nos demonstra, o cuidado médico tem se intensificado, tornando-se cada vez mais próximo do paciente, adentrando em seu cotidiano, proporcionando o bem estar em saúde dentro de uma medicina preventiva, que procura suprir qualquer demanda. Sendo assim, a atenção básica é, literalmente, a base

estrutural do sistema de saúde, fornecendo a porta de entrada, a longitudinalidade do cuidado, a resolução de enfermidades e a referência correta (Kemper *et al.*, 2018).

A comunicação, a troca de saberes, a integralidade das ações da equipe, bem como a criação de vínculos e a prática de um cuidado multiprofissional na ABS, favorecem a obtenção de resultados positivos na assistência prestada, bem como a disponibilidade de profissionais. Na medida em que todos os membros da equipe se encontram envolvidos no processo e dotados de ferramentas para desenvolver o acolhimento do usuário no serviço, estarão contribuindo com a organização, gerando uma diminuição nas filas de espera e promovendo uma assistência adequada às demandas dos usuários (Almeida; Coutinho; Santos, 2017).

No contexto de organização do SUS são estruturadas a média e a alta complexidades que servem para suprir as demandas que a atenção básica não pode resolver. É nesse contexto que o SUS oferece o cuidado que envolve uma maior tecnologia e alto custo, através de serviços qualificados e especializados para garantir, quando necessário, uma maior profundidade no apoio diagnóstico e terapêutico do paciente. Ainda que esses níveis sejam mais específicos e dotados de maior amparo tecnológico, para uma completa assistência ao usuário, é imprescindível seu acesso inicial via atenção básica, sendo referenciado através dela ao serviço correto quando inevitável (Castro *et al.*, 2019). Dessa forma, o sistema é estruturado de uma maneira que visa não congestionar os serviços, que se correlacionam mediante a processos dinâmicos entre os níveis de atenção (Mackinco; Mendonça, 2018).

Para o bom manejo dos pacientes entre uma atenção e outra, levando toda a informação necessária para uma boa conduta, estruturamos o que chamamos de referên-

cia e contrarreferência, que é constituído respectivamente pelo encaminhamento ao nível de maior complexidade, e pelo retorno à atenção básica. Diante dessa estrutura, é de fácil compreensão a fundamental importância desse transporte de informação, que leva todos os dados necessários para a continuidade do tratamento em diferentes níveis de complexidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram estruturadas para intervir no déficit proporcionado pela fragmentação do SUS, criando uma rede que interligue as diferentes assistências à saúde. Essa estrutura não se mantém sozinha. Para que as redes de atenção à saúde efetivamente funcionem, é necessário integrá-las por meio da comunicação, que pode também ser chamada de referência e contrarreferência (Mendes, 2011; Brasil, 2017).

O trânsito de informações entre as assistências do SUS é constituído pela referência e pela contrarreferência. É formulado para organizar os serviços de forma que possibilite o acesso ao sistema de saúde em sua totalidade. Quando necessário, o usuário é encaminhado para um setor que forneça uma maior complexidade de atendimento de acordo com sua demanda - esse encaminhamento é chamado de referência. Quando falamos em contrarreferência, nos referimos ao encaminhamento de retorno desse paciente à atenção primária (Gerais *et al.*, 2015).

Essas informações transferidas de um local para outro são feitas através de preenchimentos de formulários. É dessa forma que um serviço será informado a respeito dos procedimentos e condutas realizados em outro. Esse sistema deve funcionar de forma hierarquizada, com o intuito de organizar o fluxo de usuários nos diferentes setores de atenção à saúde (Gerais *et al.*, 2015).

Os pacientes são encaminhados sem embasamento, com poucas informações de

seus quadros clínicos, sendo realizado o processo de referência por necessidade de um mecanismo para o encaminhamento, mesmo que de forma incompleta. Esses encaminhamentos nem sempre são sustentados, sendo então necessário que o profissional de maior complexidade reinicie o atendimento ao paciente. Já a contrarreferência, não sendo um mecanismo obrigatório, normalmente não é utilizada pelos profissionais, e os pacientes retornam à atenção básica sem dar seguimento correto ao cuidado.

Nesse contexto, por exemplo, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 389, que define critérios para o cuidado de pessoas com doença renal crônica (DRC), estipulando diretrizes a serem observadas com o intuito de organizar o atendimento desses pacientes no SUS, visando a que a referência e contrarreferência corram sem prejuízos, evitando o agravamento da doença (Lages *et al.*, 2015). Apesar dessa sistematização, nota-se que essas medidas de atenção à saúde de pessoas com DRC ou grupos e risco não foram efetivadas de maneira plena, levando ao encaminhamento tardio de pacientes, já em fases terminais, isso inviabiliza o tratamento conservador, levando ao ingresso desses pacientes à terapia de substituição renal (Lages *et al.*, 2015).

A rede de atenção ao idoso, por exemplo, exige uma grande necessidade de manter um fluxo dinâmico e ininterrupto de informações entre os serviços. Esses usuários demandam de uma maior atenção referente a doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, constituem uma população com maior demanda de referência e contrarreferência. Entretanto, nesse meio desconexo e fragmentado de atenção à saúde, esses pacientes transitam entre os serviços de diferentes complexidades, ficando desamparados e sem uma solução do processo saúde-doença pela falha de comunicação (Brito *et al.*, 2014).

O déficit de referência e contrarreferência quebra o ideal de integralidade, prejudican-

do a assistência ao usuário. É importante ressaltar que, além da perda de qualidade da atenção ao paciente, essa fragilidade pode gerar custos desnecessários ao sistema único de saúde, que demanda de assistências repetidas, exames refeitos, e um deslocamento constante do paciente para buscar garantir seu acesso. Dentre isso, destaca-se, ainda, uma fragilidade na comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde, separando ainda mais os setores fracionados e agravando o fluxo informativo. Esse contexto contribui para a fragmentação do cuidado, dificultando a implementação das políticas públicas de saúde (Brito *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2020).

Assim, buscamos, com esta pesquisa, conhecer os perfis dos profissionais atuantes tanto em atenção básica quanto em atenção hospitalar, e descrever a compreensão os processos e referência e contrarreferência realizados por esses profissionais.

## Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, que foi realizado com 12 médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde e no contexto hospitalar de um município de médio porte, localizado ao Norte do Rio Grande do Sul.

O hospital no qual foram realizadas entrevistas com profissionais médicos é público, atualmente é considerado uma fundação pública de direito privado, que presta serviços de assistência à população de 33 municípios. Os demais entrevistados atuam em Atenção Básica à Saúde, sendo assim necessária a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Erechim – RS. As entrevistas com profissionais de ABS foram realizadas nas UBSs de origem de cada médico, em horários previamente combinados, para que não interferisse no cuidado à população.

Os participantes são médicos que atuam na assistência à população em geral das instituições supracitadas que aceitaram participar, voluntariamente, da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os médicos foram selecionados por conveniência, conforme disponibilidade dos profissionais, entre suas unidades de assistência. Em função do número de médicos, foram entrevistados 6 profissionais atualmente atuantes no contexto hospitalar e outros 6 nas UBS's, sendo que alguns desses já tiveram experiência profissional com diferentes níveis de atenção. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise Temática de Conteúdo, da qual emergiram 4 categorias. A pesquisa considerou a resolução 510/16, acerca dos aspectos éticos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Parecer 5.740.902.

## Resultados e Discussões

Os resultados da pesquisa realizada estão divididos em duas seções, sendo uma delas relacionada aos participantes e suas características pessoais, e a outra diz respeito à atuação em medicina e a realização dos processos de referência e contrarreferência nesses contextos.

### Caracterização dos participantes

Foram entrevistados doze médicos, seis atuantes em Unidades Básicas de Saúde, e outros seis em uma unidade hospitalar. Dentre esses profissionais, quatro (33,33%) do sexo feminino, e oito (66,66%) do sexo masculino. A idade dos entrevistados varia entre 26 e 60 anos.

Em relação ao tempo de atuação na atual profissão, quatro (33,33%) profissionais possuem mais de 25 anos de formação e tempo de atuação; três (25%) dos entrevistados pos-

suem entre 13 e 15 anos; um (8,33%) médico atua entre 5 a 10 anos, e quatro (33,33%) há menos de cinco anos na área.

Referente à escolaridade, cinco (41,66%) entrevistados possuem graduação, quatro (33,33%) pós-graduação do tipo *lato sensu*, e três (25%) possuem pós-graduação do tipo *stricto sensu*.

## Categorias temáticas

### **Categoria 1:** O conhecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Essa categoria busca entender a compreensão dos entrevistados acerca das RAS e possibilitar, com isso, a discussão referente à importância dos processos de Referência e Contrarreferência que intermedeiam os serviços do SUS. Mediante as respostas relativas à essa questão, podemos salientar o conhecimento unânime acerca dos diferentes níveis de atenção à saúde, bem como o funcionamento dos processos que ligam as diferentes complexidades presentes no cuidado ao paciente.

Temos saúde primária, secundária e terciária. A primária é a atenção básica; secundária, serviços de especialidade, e terciária geralmente é parte de alta complexidade, como redes hospitalares (E 2).

A primária é a porta de entrada, seriam as UBS's; a secundária são as especialidades médicas, e a terciária seriam os hospitais, de alta complexidade (E 6).

Alguns profissionais reforçam o bom funcionamento das redes de saúde, mas salientam que ainda temos pontos importantes a melhorar para cumprir os princípios básicos do SUS, conforme se prevê na teoria.

Caracterizo elas como boas, nos meus 30 anos de medicina passamos por vários

lugares em que a atenção em saúde pública era muito ruim, isso veio melhorando na medida que o sistema se concretizou, se consolidou, ainda temos muito a melhorar. (E 7).

Acho um sistema fantástico, que em teoria funciona melhor do que na prática. (E 8).

Diante dessas afirmações pode-se notar que os profissionais médicos, tanto na atenção básica quanto na atenção de maior complexidade, têm conhecimento acerca dos diferentes níveis de atenção existentes no SUS, sobre o seu funcionamento e as diferentes responsabilidades que cada nível compreende.

### **Categoria 2:** A importância dos processos de referência e contrarreferência nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Nesse contexto, analisamos a percepção dos profissionais acerca da importância que os processos de referência e contrarreferência exercem sobre os diferentes setores de atenção à saúde, além de sua resposta direta ao cuidado do paciente.

Podemos perceber que todos os profissionais acreditam ser importante a realização adequada dos processos de referência e contrarreferência para o cuidado longitudinal e integral ao paciente.

São fundamentais para que o paciente seja atendido da forma mais adequada possível (E 10).

A gente vê que isso fortalece o vínculo do paciente com a unidade básica, pois se o paciente é referenciado e contra referenciado corretamente, o médico da UBS sabe o que está acontecendo e da continuidade. Isso faz com que o paciente tenha uma

aderência maior ao tratamento e alivia também os serviços (E 12)

Uma referência e uma contrarreferência otimizadas melhoram todo o atendimento integral do paciente e, sem dúvida, essa longitudinalidade do cuidado visa a facilitar. (E 8).

Podemos perceber que a opinião dos profissionais é unânime quando diz respeito à efetividade dos processos de referência e contrarreferência, se bem administrados, para o cuidado da saúde dos usuários SUS. Mesmo aqueles que dizem não realizar, habitualmente, a contrarreferência acreditam que ela é uma ferramenta fundamental, quando bem executada.

O conceito de integralidade vem acompanhando os diferentes níveis de atenção, que garante o direito de acesso a diferentes serviços, assegurando que exista a continuidade do cuidado onde quer que o paciente se encontre. O principal elemento que constitui a integração das redes de saúde é um sistema de referência e contrarreferência efetivo, sendo esse um elemento importante na reorganização das práticas de trabalho (Serra *et al.*, 2010).

### **Categoria 3:** Dificuldades encontradas nos processos de referência e contrarreferência.

Dentre as principais dificuldades elencadas pelos participantes observa-se a falta da contrarreferência pelos profissionais de atenção especializada, o tempo que esses encaminhamentos e retornos levam para serem executados e o mau preenchimento da referência.

Dentre os seis profissionais atuantes na atenção básica, todos relataram a prática quase inexistente dos processos de contrarreferência, sendo essa uma constatação

presente também entre alguns médicos de unidade hospitalar. Os pacientes são referenciados para serviços mais especializados e, dificilmente, retornam com o parecer do profissional que os atendeu. Normalmente, o relato cabe ao paciente que nem sempre tem real conhecimento e dimensão do tratamento realizado, bem como dos exames e diagnósticos estabelecidos. Dessa forma, o retorno para a atenção básica acaba sendo deficitário e, em muitos casos, os profissionais são obrigados a solicitar novos exames ou até mesmo realizar novos encaminhamento, para suprir a demanda em saúde que o paciente apresenta, o que leva a um aumento de custos. Quando em atenção hospitalar, a falta da nota de alta e da contrarreferência também acarreta nesses prejuízos ao sistema único de saúde e reforça um modelo hospitalocêntrico:

Vinha paciente do hospital e a gente nem sabia o que foi feito, o que foi investigado, quais exames foram realizados, e isso continua sendo até hoje. [...] A gente encaminha, mas não tem contrarreferência, não tem os dados e as informações que a gente tanto precisa, tanto que as vezes somos forçados a solicitar novos exames, onerar o sistema (E 4).

Não recebemos a contrarreferência, gostaria muito de receber a contrarreferência dos colegas médicos, mas não recebemos (E 2).

Tive poucos casos de profissionais que realizaram a contrarreferência em todos os meus anos de trabalho. O hospital libera sem nota de alta com as informações importantes (E 3).

A contrarreferência é que gostaríamos de receber, mas nunca volta. Recebi poucas contrarreferências em comparação ao volume de pacientes que referenciei. Nota de alta é inexistente (E 5).



Eu não consigo ver o que é realizado no hospital, não retorna um papel de contrarreferência, então eu só tenho como base o que o paciente falar, e muitas vezes não condiz com a realidade (E 6).

Não há um fluxo coeso de informações e uma comunicação bem estruturada entre as diferentes instituições. Os profissionais responsáveis pelo cuidado nas unidades de menor complexidade não recebem o retorno da contrarreferência. Essa ausência da contrarreferência se dá tanto nas unidades de atendimento de atenção especializada, quando no retorno dos pacientes de serviços de urgência e emergência. Além disso, nota-se que não são casos isolados, em locais de menor acessibilidade, mas é um contexto que se cria em municípios de grande estrutura (Santos; Monteiro; Junior, 2021).

Já os profissionais da alta complexidade acreditam, em maioria, que a contrarreferência nem sempre precisa ser feita, uma vez que alguns desses pacientes mantêm o atendimento com o profissional nessa atenção por via ambulatorial:

Então a gente segue dando seguimento para ele aqui, sem referenciar de volta, por que a conduta final dele se mantém aqui (E 9).

Não realizo a contrarreferência ao paciente que vem ao ambulatório, [...] esse paciente continua retornando ao ambulatório (E 11).

Em contrapartida, aqueles que acreditam que a contrarreferência deve ser feita, nem sempre a realizam em decorrência da demanda de pacientes internados associada ao tempo escasso em ambiente hospitalar:

O que dificulta é a questão do tempo. Fazer uma contrarreferência correta demanda tempo. Nem sempre com a demanda do hospital a gente consegue realizar uma

contrarreferência adequada. [...] Acredito que a maior dificuldade para realizar a contrarreferência seja a questão do tempo e a sobrecarga de trabalho no ambiente hospitalar (E 9).

O tempo entre a realização do encaminhamento, o atendimento em uma atenção de maior complexidade e o retorno do paciente ao serviço básico é outra queixa importante dos profissionais, sendo uma queixa presente nos diferentes níveis de complexidade:

Uma dificuldade diz respeito à gestão, tem muita demanda e o paciente demora para realizar consultas (E 3).

Não vejo problema no processo de referência, só pela demora, para fazer o preenchimento é tranquilo (E 6).

A dificuldade é o tempo para chegar até o atendimento (E 7).

A demora no atendimento, o tempo de fila de espera para realização de exames ou mesmo para a consulta especializada são empecilhos para o cuidado do paciente. A dificuldade de agendamento no serviço especializado é existente, tanto nas primeiras consultas quanto nas consultas de retorno. Isso configura-se como fator de impacto no cuidado em rede do paciente (Santos; Monteiro; Junior, 2021).

Outro aspecto a ser levado em consideração no processo de referência é o mau preenchimento. Alguns profissionais de alta complexidade relatam o mau preenchimento dos encaminhamentos, sem embasamento e sem critérios seguidos.

Trabalhando no hospital a gente vê que chega muito paciente encaminhado de qualquer jeito, sem explicação nenhuma, com uma palavra única definindo toda a sintomatologia do paciente, sem que a gente saiba de fato o que foi identificado na atenção primária (E 9).

Mesmo diante de mecanismos existentes para realização de encaminhamentos, pode-se notar que os processos de referência e contrarreferência muitas vezes são cumpridos por mera formalidade, sem informações advindas da atenção de origem. Mesmo que mal formulada, a referência é existente. Nesse contexto, a contrarreferência é ainda mais comprometida, implicando em um cuidado descontinuo e falho, tornando a resolatividade dos casos baixa (Pereira *et al.*, 2016).

Os pacientes transitam entre diferentes níveis de atenção, aumentando a demanda dos processos de encaminhamentos, sem resolução dos casos saúde-doença, ficando desamparados pela falha no trânsito de informações entre os serviços (Brito *et al.*, 2014).

O mau preenchimento das referências tende a diminuir, uma vez que, no presente momento, os profissionais de atenção básica necessitam cumprir critérios para o encaminhamento a ser realizado, caso contrário não é possível referenciar esse paciente a outro serviço. Esse processo foi implementado há pouco tempo, por meio da introdução de um novo sistema, o GERCON. Esse sistema, recentemente implementado, visa reduzir essas falhas advindas do uso de diferentes sistemas, porém, por ser instituído recentemente, possivelmente ainda não surtiu efeito nos serviços de maior complexidade, uma vez que o tempo entre a referência e o atendimento são extensos.

Agora são realizados pelo GERCON, temos que levar em consideração os critérios do telessaúde. Os encaminhamentos estão sendo muito bem preenchidos (E 2).

**Categoria 4:** Como poderiam ser melhorados os processos de referência e contrarreferência.

Essa categoria propõe discorrer sobre os meios de melhorar os processos de referên-

cia e contrarreferência nas redes de atenção do município, sendo ideias propostas pelos profissionais atuantes nessa região.

A maioria dos médicos entrevistados (66,66%) propõe, como método de melhoria da deficiência vigente nos processos de referência e contrarreferência, a criação de um sistema *online* que interligasse os níveis de atenção, possibilitando um prontuário único do paciente, que pudesse ser acessado por diferentes profissionais em diferentes setores de atendimento. A ideia desse sistema seria suprir a falta de comunicação entre as diferentes complexidades existentes nas RAS, fornecendo informações importantes para o cuidado continuado:

Se o sistema de informação de prontuário fosse unificado, seria ótimo. Imagina o médico de saúde da família de Erechim conseguindo ler o prontuário médico do hospital, seria ótimo, já conseguiria entender o que aconteceu (E 9).

Enquanto não houver um sistema unido, fica difícil. Enquanto nosso sistema não combinar com o do hospital, vamos ter essa dificuldade (E 5).

Via sistema, que eu pudesse acessar os dados do paciente. Uma aba nesse sistema onde eu pudesse acessar o *feedback* de forma mais próxima (E 1).

Nota-se a necessidade de uma intervenção visando a realização de investimento em novas tecnologias, além de decisões políticas, para uma melhoria no trânsito de informações entre as atenções básica e de maior complexidade. Essa estruturação deve ser realizada com trabalho conjunto entre gestão local e profissionais, visando a promover maior integração do cuidado e qualidade na assistência ao paciente (Santos; Monteiro; Junior, 2021).

Mesmo aqueles profissionais que não ofereceram como ideia de melhoria dos

processos a criação desse sistema, quando sugerido a eles, todos concordaram que seria imprescindível a criação desse sistema, solucionando grande parte dos problemas relacionados à referência e contrarreferência.

Facilitaria muito; o sistema deveria integrar as nossas avaliações, as avaliações das emergências para que a gente pudesse conferir e os exames que são realizados (E 2).

Seria um sonho de consumo (E 4).

Se tivesse essa integração seria perfeito (E 6).

Diante dos dados encontrados nessa pesquisa e no referencial bibliográfico que a acompanha, podemos afirmar que os processos de referência e contrarreferência não estão sendo bem articulados nas redes de atenção em saúde, não somente no município pesquisado, mas em grande parte dos serviços. É possível aferir que mudanças são necessárias para o cumprimento dos princípios básicos propostos pelo SUS.

Dentre as principais constatações dos profissionais atuantes em diferentes níveis de atenção à saúde, podemos elencar como principal solução, apontada pelos entrevistados, a criação de um prontuário único contendo as informações do paciente. Sendo assim, solucionaria grande parte dos prejuízos ocasionados pela falha de comunicação intersetorial e interprofissional, e garantiria o manejo adequado, integral e longitudinal.

Nesse ponto, devemos salientar a necessidade da discussão acerca da existência da lei de proteção de dados, que está diretamente relacionada com a discussão apresentada nesse trabalho, uma vez que a criação de um prontuário único, de fácil acesso aos profissionais de saúde, iria de encontro à necessidade de sigilo quanto aos dados do

paciente e sua saúde. Dessa forma, seria imprescindível a análise de possíveis mecanismos que garantiriam a confidencialidade do atendimento médico ao paciente, e ainda assim, permitiriam o acesso ao prontuário do paciente sem ferir esse direito fundamental.

## Conclusão

O presente estudo buscou elucidar sobre os processos de referência e contrarreferência realizados no município de Erechim, por profissionais médicos em ambiente hospitalar e em atenção básica, buscando evidenciar os possíveis entraves para o correto funcionamento dos serviços do SUS relacionados a esses processos. Para tal, podem-se ressaltar algumas limitações na realização da pesquisa, entre elas o número reduzido de participantes, formando um “n” total de 12 entrevistados, e a modificação dos sistemas utilizados, sendo recentemente introduzido o sistema GERCON. Este, ainda, foi pouco experienciado pelos profissionais atuantes, impossibilitando uma análise detalhada sobre os prós e contras desse novo sistema.

Com a pesquisa, podemos evidenciar que os participantes possuem bom conhecimento acerca da existência e do funcionamento das redes de atenção à saúde, compreendem como são estruturados os diferentes níveis de atenção e quais as funções designadas a cada complexidade. Ainda assim, os profissionais realizam apenas por formalidade o processo de referência, uma vez que se torna necessário para que o encaminhamento ocorra. Já a contrarreferência é pouco realizada e não fiscalizada. Ainda, percebe-se um problema relacionado à gestão desses serviços, que não garante o correto funcionamento dos processos de referência e contrarreferência.

Foi evidenciado que os processos de referência e contrarreferência são imprescindíveis para o correto funcionamento das

RAS, sempre fundamentais para que cada nível de atenção à saúde possa fornecer o melhor atendimento possível ao usuário SUS. Atualmente, o incorreto uso dos processos leva a um cuidado compartimentado, com prejuízo tanto no cuidado da atenção primária, repetindo ciclos de encaminhamento e exames, quanto na atenção especializada, que reinicia o atendimento ao paciente. Os atendimentos ocorrem de forma descontínua, acarretando em prejuízo ao sistema, com aumento de custos, e sobrecarga de filas de espera, desassociando o ideal de integralidade, e fornecendo uma assistência incompleta ao paciente.

É importante ressaltar que, além da percepção dos profissionais médicos, o estudo analisou o ponto de vista dos usuários desses serviços, em que é possível observar que essa ausência de comunicação entre os diferentes atendimentos é notória, até mesmo aos pacientes em tratamento.

O estudo pode elucidar acerca da realização dos processos de referência e contrarreferência realizados pelo público da pesquisa; pode elencar os principais empecilhos para

o correto funcionamento dos serviços dentro do SUS e pontuar possibilidades de melhoria desses processos. A continuação do estudo é possível, ampliando as áreas de atuação dos profissionais e introduzindo uma discussão mais ampla sobre os possíveis mecanismos para garantir a proteção de dados do paciente.

Dando continuidade ao que foi observado e elencado no estudo, é importante discutir acerca do conflito entre a criação de um prontuário único, com acesso rápido e dinâmico com um fluxo de informações sobre a saúde do usuário SUS, e o sigilo como direito do paciente. Dentre os ideais do cuidado em saúde, um dos requisitos que garantem a segurança do paciente e a confiança que ele deposita no profissional médico é a confidencialidade, em que o paciente pode se sentir acolhido e seguro, nesse espaço, sem que suas informações pessoais sejam acessadas de forma livre e sem critério. Diante disso, podemos ressaltar como uma importante discussão a ser realizada mediante a criação de um sistema unificado, buscando maneiras de melhorar o fluxo de informações e garantir a segurança de dados do paciente.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CIAMPONE, M. H.; SANTELLE, O. Tendências de gerenciamento de unidades de saúde e de pessoas. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 158-63, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. **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 República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **Decreto 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta Lei n. 7498/86 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial. Brasília, DF, 1987.

- BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 16 maio 2023.
- CARVALHO, C.M.S. *et al.*, A percepção dos profissionais da Atenção Básica acerca da integralidade na assistência. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 2, p. 18-27, 2014.
- COSTA, J.P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L. de. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Rev. Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.
- CUNHA, G. T. *et al.* Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo. **Rev. Eletrônica Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. Belo Horizonte, 2013.
- DOMINGOS, C.M.; NUNES, E. D. P. A.; CARVALHO, B. G.; MENDONÇA, F. F. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. e00181314, 2016.
- FERMINO, J. M.; SILVA, A. T.; SHIRASAKI, R. T. S.; CANGUSSU, J. M. L.; SANTOS, D. A.; VARGAS, E. B.; CAMPOS, G. L. Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização. **Rev. Saúde e Transformação Social**, v. 6, n.2, p. 54-69, 2016.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.
- SOFIA GUERRA, S.; MARTELLI, P. J. L.; DUBEUX, L. S.; MARQUES, P. H. B. O.; SAMIC, I. C. Continuidade da gestão clínica entre níveis assistenciais: experiências dos usuários de uma rede municipal de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.
- KEMPER, E. S.; TASCA, R.; HARZHEIM, E.; JIMÉNEZ, J. M. S.; HADAD, J.; SOUSA, M. F. DE. Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica**, v. 42, n.1, 2018.
- KESSLER, M.; MENEGAZZO, E.; BERRA, E.; TRINDADE, L.L.; KRAUZER, I. M.; VENDRUSCOLO, C. Cobertura das estratégias de fortalecimento da atenção básica em saúde. **Rev. Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, p. 3050-3062, 2015.
- LEVY, D, R; SANTOS, C, E, G. O programa mais médico e os impactos na saúde da população brasileira. **Rev. Bras. de Previdência**, v. 4. 2015.
- MENEGAZ, J.C.; LEOPARDI, M.T.; BACKES, V.M.S. Políticas públicas de saúde: aspectos do conhecimento de graduandos em enfermagem e medicina. **Rev. Saúde e Transf. Social**, v. 3, n. 3, p. 69-76, 2012.
- MENEZES, K.K.P; AVELINO, P.R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p.124-130, 2016.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.
- REIS, R. S. *et al.* Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013
- SANTOS, J. M. M.; MONTEIRO, C. N.; JUNIOR, Á. E. Rede de atenção à saúde no cuidado do paciente hipertenso, município de São Paulo, Brasil. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, 2021.
- SANTOS, M.C. Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): Importância da Qualificação Profissional. **Rev. Saúde e Transformação Social**. v. 8, n. 2, p.060-069, 2017.

SEBRAE/RS – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Rio Grande do Sul. **Perfil das cidades gaúchas**. 2017. Disponível em: <http://ambientedigital.sebrae-rs.com.br/Download/PerfilCidades.html>.

SOBRAL, I. L. L.; MACHADO, L. D. S.; GOMES, S. H. P.; PEQUENO, A. M. C.; NUTO, S. A. S. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as Competências de promoção da saúde. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, n. 31, v.2, p.1-7, 2018.