

Referência e contrarreferência em saúde: a percepção de médicos do Distrito Federal

Reference and counter-reference in health: the perception of doctors in the Federal District

Referencia y contrarreferencia en salud: la percepción de los médicos en el Distrito Federal

DOI:10.34117/bjdv10n11-012

Submitted: Oct 4th, 2024
Approved: Oct 25th, 2024

Mariana Carvalho Ambrósio

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: mariana.ambrosio@sempreceub.com

Luciana Benevides Ferreira

Doutora em Bioética

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: lucianabenevides@gmail.com

Thiago de Matos Pinto Pereira

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: thiago.mppereira@sempreceub.com

Kaio Albano Lopes

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: kaio.lopes@sempreceub.com

Victor Hugo Policena de Jesus

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: vh.policena@sempreceub.com

João Victor Santana Bruneto

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: joao.bruneto@sempreceub.com

Vitor Antônio Pignatti de Souza

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: vitor.psouza@sempreceub.com

Luiz Fernando Fialho de Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: luiz.oliveira@sempreceub.com

Pedro Enzo Camargo Luz

Graduando em Medicina

Instituição: Centro de Ensino Unificado de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: pedro.enzo@sempreceub.com

RESUMO

O Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo que visa auxiliar o princípio da integralidade para pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde - SUS, devendo interligar os diferentes níveis de atenção à saúde. Este sistema deve ser capaz de garantir o acesso a diferentes especialidades da saúde para atender os pacientes em todas as necessidades, desde a prevenção até a conclusão do tratamento, de forma holística. Neste estudo, de natureza qualitativa, buscou-se analisar os mecanismos de referência e contrarreferência utilizados por médicos do Distrito Federal, a partir dos relatos de como este sistema é implementado na prática desses profissionais. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário preenchido de forma on-line. Para a interpretação dos dados utilizou-se análise temática embasada nos fundamentos teóricos do SUS. Algumas das dificuldades relatadas pelos participantes foram relacionadas às comunicações e articulação entre as unidades de saúde. Entraves também foram observados na forma como são obtidas as informações sobre os pacientes. Observou-se que este sistema crucial para o bom funcionamento do SUS é mal avaliado pelos médicos em suas práticas diárias, que apresentam queixas sobre seu funcionamento, mas reconhecem a necessidade de um sistema de informações articulado entre os diferentes níveis de saúde. Dessa forma, constatou-se a necessidade de buscar-se as condições e tecnologias necessárias para um melhor acesso às informações entre as diversas unidades de serviço à saúde, a fim de garantir efetividade entre a integralidade e a continuidade de atenção aos pacientes usuários do SUS no Distrito Federal.

Palavras-chave: sistema de referência e contrarreferência, sistema único de saúde, integralidade, comunicação, informação.

ABSTRACT

The Reference and Counter-Referral System is a mechanism that aims to help achieve the principle of integral care for patients treated in the Unified Health System (SUS) and must be capable of interconnecting the different levels of healthcare. The reference and counter-referral system must guarantee access to different specialties in the healthcare field to serve patients in all their needs, from prevention to completion of treatment, holistically. This qualitative study sought to analyze the reference and counter-referral

mechanisms used by physicians working in the Federal District, based on reports regarding the implementation of this system in practice and the experiences of these professionals. Data collection was performed through a questionnaire completed online. Thematic analysis based on the theoretical foundations of the SUS was used to interpret the data. Some of the difficulties reported by participants were related to communication and coordination between health units. Obstacles were also noted in how information about patients is obtained. It was observed that this system, crucial for the proper functioning of the SUS, is evaluated unfavorably by doctors in their daily practices, who complain about its functioning but recognize the need for a coordinated information system among the different levels of health. Thus, it was necessary to seek the conditions and technologies for better access to information between various health service units to guarantee effectiveness between comprehensiveness and continuity of care for patients using the Unified Health System in the Federal District.

Keywords: reference and counter-referral system, unified health system, comprehensiveness, communication, information.

RESUMEN

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia es un mecanismo que objetiva ayudar a alcanzar el principio de integralidad de pacientes atendidos en el Sistema Único de Salud - SUS, debiendo interconectar diferentes niveles de atención sanitaria. El sistema debe garantizar el acceso a las diferentes especialidades de salud para atender a los pacientes en todas sus necesidades, desde la prevención hasta la finalización del tratamiento, de forma holística. Este estudio cualitativo buscó analizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia utilizados por los médicos que actúan en el Distrito Federal, a partir de un cuestionario on-line sobre cómo se implementa este sistema en la práctica y la experiencia de estos profesionales. Para interpretar los datos se utilizó el análisis temático con base en los fundamentos teóricos del SUS. Algunas dificultades reportadas por los participantes estuvieron relacionadas con comunicaciones y coordinación entre unidades de salud. También se observaron obstáculos en la forma en que se obtiene la información sobre los pacientes. Se observó que este sistema crucial para el buen funcionamiento del SUS es evaluado negativamente por los médicos en su práctica diaria, quienes presentan quejas sobre su funcionamiento, pero reconocen la necesidad de un sistema de información coordinado entre los diferentes niveles de atención. De esta manera, se identificó la necesidad de buscar las condiciones y tecnologías necesarias para un mejor acceso a la información entre las diferentes unidades de servicios, para garantizar efectividad entre la integralidad y continuidad de la atención a los pacientes usuarios del SUS en Distrito Federal.

Palabras clave: sistema de referencia y contrarreferencia, sistema único de salud, integralidad, comunicación, información.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, produto da reforma sanitária e gravado na constituição em 1988, é regido por princípios e diretrizes que constituem as bases para o

funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro. Seus princípios doutrinários são a universalidade, a integralidade e a equidade; e seus princípios organizativos (diretrizes) são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (Matta, 2007).

Para a efetivação desses princípios e diretrizes, os serviços da rede pública de saúde distribuem-se em unidades com diferentes níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário. Cada nível de atenção à saúde apresenta arranjos produtivos conformados segundo densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária à saúde - APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (Mendes, 2011).

Neste contexto, o estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência apresenta-se como elemento-chave para a organização das práticas de trabalho. O processo de referência é o encaminhamento do paciente de um ponto da rede de saúde para o atendimento em outro ponto de atenção e a contrarreferência é o processo de encaminhamento do paciente de volta para a unidade de saúde de origem, que geralmente corresponde à atenção primária. Desta forma, este sistema é fundamental para a garantia do acesso a todos os serviços da rede de saúde e garantia de atendimento integral aos usuários do SUS (Fratini 2008; Serra, 2010).

A integração entre os níveis de atenção, entretanto, é um desafio contínuo, mesmo em sistemas de saúde consolidados e de alta performance (Batista, 2019). A concretização de um “sistemas sem muros”, que elimina as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção - do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores públicos e privado -, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação (Hartz, 2004). Dessa forma, nota-se a importância da realização de estudos que evidenciem o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência na rede de saúde brasileira, a fim de verificar sua aplicabilidade na prática no cenário atual, destacando seus avanços e desafios.

O sistema de referência e contrarreferência, apesar de pouco conhecido pela comunidade, é de extrema importância para o seu funcionamento pleno do SUS, uma vez

possibilita o acesso dos pacientes aos diferentes recursos disponíveis no sistema de saúde, tendo em vista que cada nível dispõe de diferentes recursos, densidades tecnológicas e capacidades de atendimento para o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e a reabilitação. Para que o sistema de referência e contrarreferência funcione, é fundamental que os profissionais e os serviços se comuniquem, trocando informações sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo (Fratini, 2007).

Sem o referenciamento e o contrarreferenciamento, portanto, o SUS não entregaria um dos seus princípios - a integralidade -, uma vez que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente o de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (Hartz, 2004).

Sendo assim, para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, propiciando que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados (Fratini, 2007). Isso pode ser garantido por meio do sistema de referência e contrarreferência, criado justamente para melhorar a atenção global ao paciente. Nota-se a importância desse sistema para o bom funcionamento do SUS uma vez que, através da troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de atenção, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo. Já um sistema ineficiente ou inexistente de referência e contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes necessidades, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta do indivíduo ao seu tratamento. Além disso, aumenta os gastos na saúde, pois cria, entre outras coisas, encaminhamentos desnecessários e repetição de tratamentos já realizados (Santos, 2015).

Essa pesquisa, destarte, possibilitará uma análise do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência a partir da percepção de médicos que atuam no Distrito Federal, a fim de identificar os critérios utilizados para o seu estabelecimento, as

tecnologias e os meios que vinculam as suas informações, a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção e verificar potenciais empecilhos encontrados por estes profissionais para a efetiva integração do sistema de referência e contrarreferência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, garantido na Constituição de 1988, abrangendo os cuidados desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção de saúde (Brasil, 2019).

O acesso integral (princípio da integralidade) compreende as práticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da recuperação da saúde. Refere-se ainda à importância da integralidade do indivíduo, considerando os aspectos biopsicossociais, e a qualidade de vida da população (Brasil, 2014). O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, à integração dos serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável, a qual responda às necessidades de saúde individual e coletiva, em âmbitos local e regional (Hartz, 2004).

Considerando-se que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias; e sabendo-se que atualmente a população brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada expressada por uma situação de tripla carga de doenças (doenças infecciosas e carenciais; causas externas; e doenças crônicas); entende-se que essa situação de saúde não poderá ser resolvida por um sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para condições agudas e agudizações das condições crônicas. Por isso, deve-se restabelecer a coerência

entre situação de saúde e o SUS, envolvendo implantação de redes de atenção à saúde - RAS (Mendes, 2011).

A organização do SUS em redes permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada região, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (Giovanella, 2008).

Pode-se compreender o sistema de saúde e suas RAS a partir de distintas lógicas organizacionais, sendo a engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica, em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (Chioro dos Reis & Scaff, 1998). Outros modelos tecno-assistenciais em saúde, entretanto, permitem concebê-lo como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (Mendes, 2001), como, por exemplo, linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos. (Franco & Magalhães Junior, 2003). Essa última perspectiva toma como possível constituir o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. Propõe-se, assim, inverter a lógica dominante nos serviços especializados, modelo hospitalocêntrico, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços (Mesquita & Silveira, 1996).

A construção de alternativas ao modelo tradicional tem buscado priorizar a atenção básica como estratégia prioritária de reestruturação do sistema. Com isso, as equipes de Saúde da Família estão formalmente definidas como a porta de entrada para o sistema de saúde, exercendo o papel de filtro para o acesso aos demais níveis. Além de porta de entrada, a APS é identificada como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados no interior do sistema de saúde (Almeida, 2013). O processo de referência e contrarreferência é iniciado quando os pacientes dos médicos da família e comunidade se deparam com situações complexas de saúde e necessitam de consultas de especialistas. Idealmente planejado, a solicitação de encaminhamento a um especialista fornece informações básicas do paciente e a contrarreferência para a atenção primária de saúde inclui o diagnóstico e plano de tratamento do médico especialista (Serra, 2010).

Entretanto, mesmo com base na atenção primária, garantir a integralidade é um problema comum nos países de todo o mundo, justamente pela fragmentação e segmentação do sistema de saúde. Afinal, redes ou sistemas integrados de saúde são considerados mais efetivos e eficientes quando conectam pacientes e serviços e, para isso, requerem informações interligadas e conhecimento de gestão (Mendes, 2011).

A integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde. Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (Leatt, 2000).

Nesse sentido, a integração e coordenação da comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde necessitam, também, de um efetivo processo de encaminhamento e contrarreferenciamento entre os médicos da família e comunidade e os especialistas dos níveis secundário e terciário (Juliani, 2017). Para isso é necessário o estabelecimento de sistemas logísticos potentes, com a criação de um cartão de identificação das pessoas usuárias, do prontuário clínico eletrônico, de um sistema de regulação para marcação de consultas e exames especializados e de um sistema de transporte (Mendes, 2012).

Dessa forma, faz-se fulcral a compreensão de como se estabelece a integração dos serviços de saúde, a organização dos fluxos para atenção especializada, a colaboração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada (Almeida, 2013), além de outros fatores associados, como escassez de recursos, incluindo número insuficiente de médicos da família e comunidade e a lacuna de tecnologia, que contribuem para a ineficiência da comunicação de referências (Mendes, 2012).

Para isso, propõe-se, neste estudo, iniciar a busca do entendimento de como esta interação ocorre no cotidiano da atuação do médico, visto que este profissional está envolvido diretamente no estabelecimento das relações que se estabelecem no sistema de referência e contrarreferência dos pacientes nas redes de serviços de saúde

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se baseou na descrição e análise dos mecanismos de referência e contrarreferência para construir uma imagem de como esse processo é experimentado na perspectiva de médicos que atuam em serviços

de atenção primária e hospitalar. O desenvolvimento da pesquisa envolveu a análise de fontes bibliográficas e documentais e a aplicação de questionários.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a definição da amostra se deu por conveniência (a partir da rede de contato dos pesquisadores), seguida pela técnica *Snowball* (“Bola de Neve”), em que os participantes convidam novos participantes. Foram obtidos 37 questionários respondidos, dos quais dois não foram incluídos por terem sido respondidos por profissionais que não atuam no Distrito Federal.

Um questionário semiestruturado foi elaborado a partir da identificação de aspectos relevantes sobre o tema, buscando identificar: a compreensão dos profissionais sobre o sistema de referência e contrarreferência, a forma de operacionalização e a existência de elementos que facilitam e/ou dificultam a sua implementação. O questionário continha 20 questões, sendo 18 objetivas e 2 questões discursivas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do UniCEUB, parecer 4.923.466.

Para a análise dos dados foi realizada uma análise da distribuição de frequência simples, por meio da tabulação organizada das respostas em associação com a análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 1977), por meio da pré-análise, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise foi realizado um levantamento de categorias de análise e no segundo momento foi realizada uma inter-relação das respostas dos participantes com o quadro teórico sobre o tema.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo obteve 37 formulários preenchidos, porém foram consideradas as respostas dos médicos que atuavam no Distrito Federal. Dentre os 35 participantes da pesquisa, 19 (54,3%) atuavam em serviços de saúde da rede pública e da rede privada, oito atuavam apenas na rede pública e oito atuavam apenas na rede privada. Os profissionais que participaram da pesquisa atuavam predominantemente no nível de atenção ambulatorial ou especializada (82,9%).

Quando perguntados sobre a comunicação e articulação entre os serviços de saúde, 82,9% dos médicos o classificaram como “ruim”, 20% identificaram que não há comunicação entre os médicos de saúde da família e médicos da rede hospitalar e 37,1% que esta ocorre de maneira informal. Três participantes da pesquisa não souberam dizer e apenas 12 (34,3%) fizeram menção ao estabelecimento de uma comunicação formal por meio do sistema de referência e contrarreferência.

Na opinião de 31 entrevistados, os fluxos de encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde funcionam parcialmente ou, segundo 4 participantes, não funcionam. A qualidade do sistema de referência e contrarreferência foi considerada boa por 10 médicos (28,5%) e ruim por 24 (68,7%). Apenas um deles não soube dizer.

Em relação aos pacientes atendidos, 42,8% dos entrevistados relataram que a maior parte de seus pacientes vieram referenciados de outros serviços e metade dos entrevistados (51,4%) disseram que poucos pacientes vêm referenciados de outros serviços. Apenas dois médicos responderam que nenhum dos seus pacientes vêm referenciados.

Ao avaliar separadamente o referenciamento dos pacientes, observou-se que 71,4% destes foram, em sua “maior parte”, encaminhados ao especialista correto. Entretanto, apenas 5,7% dos médicos obtêm a informação do prontuário eletrônico e 48,6% por meio do formulário de encaminhamento. No entanto, 37,1% dos médicos obtêm a informação sobre o caso pelo próprio paciente e 8,5% não recebem informações sobre o motivo do encaminhamento. Dessa forma, infere-se que por mais que a maioria dos pacientes adentrem o nível de atenção especializado de maneira correta, a agilidade da consulta e do atendimento são prejudicados, já que aproximadamente metade destes atendimentos necessitam de investigações mais complexas por falta de informação. Isso ainda é evidenciado quando todos afirmaram sentir falta, ao menos em parte, de informações sobre o atendimento recebido por seus pacientes em outros serviços.

Quando se trata de encaminhar um paciente para outro serviço, 20% dos médicos relataram utilizar um formulário específico para encaminhamento. A maior parte (48,5%) faz o encaminhamento em papel timbrado do serviço e 31,4% relata utilizar diferentes meios de encaminhamento, dependendo da situação. E a maior parte (77,1%) relata registrar, no prontuário do paciente ou em algum outro documento/relatório, as demandas para a continuidade do acompanhamento desse paciente em outros serviços.

A falta de um referenciamento adequado tem como obstáculo a falta de treinamento sobre o Sistema de referência e a contrarreferência na rede de saúde. Apenas 14,2% dos médicos entrevistados receberam treinamento ou informações sobre o modo de realizar um referenciamento e contrarreferenciamento.

Quando questionados sobre para qual nível de atenção ocorrem os encaminhamentos, responderam: Para a atenção primária (11,4% - 4); Para a atenção secundária e terciária (37,1% - 13); Para a atenção primária, secundária e terciária (51,4% - 18)

Ao serem questionadas as dificuldades para o encaminhamento dos seus pacientes para outros serviços de saúde, pôde agrupar as respostas em cinco categorias: burocracia/logística; especialidades; informação, pacientes e outras.

A primeira delas é relacionada à burocracia e logística. Grande parte das respostas coletadas (48,57%) envolveram burocracia e logística, especialmente a falta de uniformidade no processo de encaminhamento dos pacientes, não havendo, assim, uma rede de comunicação. O sistema de prontuários na rede pública do DF de hospitais e UPAS são diferentes, o que dificulta o acesso aos dados do paciente e, consequentemente, gera demora nos atendimentos. Outro fator relacionado à burocracia, que atrapalha o bom fluxo de encaminhamento dos pacientes, é a agenda de marcação. Foi relatado que não há vagas específicas para pacientes vindos da referência, então eles entram no fluxo comum de marcação. E, quando encaminhados, não conseguem ser atendidos devido à falta de acolhimento do encaminhamento, à alta demanda ou falta de vagas suficientes. A queixa comum é a falta de logística entre os serviços para facilitar a comunicação entre os profissionais e otimizar os atendimentos prestados. Um fator relevante, relacionado à logística, é o encaminhamento de pacientes para atendimento em regiões distantes de sua residência, o que inviabiliza o acesso aos serviços especializados ou a continuidade dos atendimentos nestes serviços para grande parte da população. Foi relatada ainda, a dificuldade do paciente da rede particular em conseguir continuidade do tratamento no serviço público.

Outra dificuldade relatada pelos médicos que participaram do estudo foi a disponibilidade de vagas para atendimento especializado, dificultando o acesso à especialidade a qual o paciente foi enviado. Foi citado que muitas vezes o paciente retorna dizendo que não conseguiu assistência no local de destino.

A falta de informação quanto ao processo de encaminhamento foi um dos pontos citados pelos médicos. Relataram não receber instruções acerca do encaminhamento - não sabem como funciona o sistema de regulação para referenciar e nem como e para quem o fazer. Também foi citada a falta de informação quanto aos papéis que devem ser preenchidos durante o encaminhamento, além da rede limitada de contatos que dificulta o processo.

No que se refere aos pacientes, foi relatado que uma das dificuldades encontradas para o encaminhamento dos pacientes para outros serviços de saúde são os próprios pacientes, que muitas vezes resistem ao encaminhamento por não acreditarem que serão

atendidos em outros serviços de saúde, tendo em vista experiências passadas em que chegam ao local e não são atendidos por falta de vaga ou por demora na consulta.

Em apenas 11,42% das demais respostas computadas, foi relatado não encontrar nenhuma dificuldade no encaminhamento, que a contrarreferência quase não existe no DF e que no meio privado não há a necessidade de se fazer encaminhamentos por já haver na estrutura privada uma oferta de atenção.

Ao serem questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento nos serviços de saúde, as respostas que abrangeram a mesma situação problema foram agrupadas, podendo-se identificar os seguintes temas: Logística; Informação e Contingente Médico.

Na grande maioria das respostas (52,94%) foi citada a falta de um sistema único de informação como o principal problema no processo de referência e contrarreferência. Foi sugerido que houvesse um sistema de informação integrado e único, que fosse online e pudesse ser acessado em todos os níveis de atenção na rede pública do Distrito Federal, estabelecendo assim uma rede de comunicação onde as informações pudessem ser compartilhadas.

Ainda que exista uma má avaliação do sistema de referência e contrarreferência, a maior parte dos entrevistados (85,7%) afirma que a melhoria do sistema ajuda na garantia da integralidade da assistência ao paciente.

Parte dos médicos questionados (20,58%) responderam que, para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento, é preciso investir em informação. Foram sugeridos treinamentos e capacitações para todos os níveis de atenção sobre o processo de referência e contrarreferência e sobre o SUS de maneira geral, além de fornecer esse conhecimento também para a população.

Em 8,82% das respostas, foi sugerido o aumento do número de médicos, principalmente especialistas, feito através de treinamento e contratação de profissionais.

Também foram sugeridas mudanças gerais no sistema, entre elas a obrigatoriedade de relatórios de transferência mais completos, a presença de serviços de referência estabelecidos, a regulação total do processo de referência e contrarreferência e a prioridade de atendimento do paciente referenciado de um serviço a outro.

Em algumas respostas, foi citado que “no momento, nem ao menos existe” referenciamento e contrarreferenciamento no sistema de saúde. Ainda assim, a maior parcela dos médicos questionados (85,7%), acreditam que a melhoria do sistema de

referência e contrarreferência auxilia a integralidade dos pacientes no Sistema Único de Saúde.

5 CONCLUSÃO

A análise dos mecanismos do sistema de referência e contrarreferência permite a compreensão da forma como se estabelece a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde e a identificação dos empecilhos presentes nesse complexo processo.

O questionário aplicado neste estudo permitiu coletar informações de médicos que atuam no Distrito Federal, gerando indícios de que a articulação e a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção apresentam-se deficientes. Ficou evidenciado, a partir dos dados coletados, que o sistema de referência e contrarreferência é incipiente devido à baixa comunicação formal (por meio de um formulário específico de encaminhamento ou o próprio sistema).

Ficou evidente a fragmentação das informações e a falta de informações prévias sobre o paciente que chega encaminhado de outro serviço. A falta de um sistema único de informação, devido à utilização de sistemas de prontuário eletrônicos diversificados utilizados dentro da própria rede pública de serviços, além da falta de comunicação entre serviços públicos e privados, apresentam-se como grandes empecilhos para efetiva integração do sistema de referência e contrarreferência.

Pondera-se a eminente necessidade de novos estudos em relação às orientações e ensino aos profissionais da área médica a respeito do sistema de referência e contrarreferência na prática e como realizá-lo de forma correta, visto que menos de 15% dos médicos entrevistados afirmaram terem obtido treinamento ou informações de como proceder da melhor maneira possível o paciente no sistema. Em vista disso, treinamentos para os profissionais de saúde aparecem como uma importante alternativa para o reestabelecimento dos fluxos de encaminhamento dos pacientes entre os diferentes serviços.

Por fim, enfatiza-se que o alcance do princípio da integralidade demandará esforços para além da disponibilização de serviços de saúde de atenção primária e especializada, mas da formação de uma rede, interligada e conectada, que identifique demandas dos pacientes e as possibilidades de atendê-las de forma efetiva, garantindo a qualidade e a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* **Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada:** paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em debate*, v. 37, p. 400-415, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977

BATISTA, Sandro Rodrigues *et al.* **O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2043-2052, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS):** estrutura, princípios e como funciona. 2019.

CHIORO DOS REIS, A. A. & SCAFF, A. J. M. *Saúde e Cidadania.* Santos: **Consaúde;** 1998.

FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade na assistência à saúde:** a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.) **O Trabalho em Saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde.** Dissertação de mestrado apresentada ao programa de mestrado profissionalizante em saúde e gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. 2007.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e contra referência:** contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, cuidado e saúde*, v.7, n. 1, p. 065-072, 2008.

GIOVANELLA, Lúcia. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Fiocruz. 2008.

HARTZ, Zulmira M.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde:** desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S331-S336, 2004.

JULIANI, Carmen; MACPHEE, Maura; SPIRI, Wilza. **Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process.** In: Healthcare. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2017.

LEATT, Peggy; PINK, George H.; GUERRIERE, Michael. **Towards a Canadian model of integrated healthcare.** *HealthcarePapers*, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

MATTA, Gustavo Corrêa *et al.* **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.**

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Os Grandes Dilemas do SUS**. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MESQUITA, A. S. & SILVEIRA, L. T. **A Clínica a Favor dos Sujeitos: especialidades, hard core do SUS**. Santos: Página Aberta, 1996.

SANTOS, Miguel de Castro. **Sistema de Referência - Contrarreferência em Saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei - MG: O Papel da Rede na Atenção Básica**. 2015

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3579-3588, 2010.