

## DESAFIOS NO PROCESSO DE REFERENCIAMENTO DE USUÁRIOS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL<sup>1</sup>

Karen Aline Batista da Silva\*  
Carmen Maria Casquel Monti Juliani\*\*  
Regina Stella Spagnuolo\*\*\*  
Natália Leite Rosa Mori\*\*\*\*  
Simone Cristina Paixão Dias Baptista\*\*\*\*\*  
Luana Bassetto Martin\*\*\*\*\*

### RESUMO

O sistema de referência e contrarreferência é um dos pontos estratégicos para consolidação do Sistema Único de Saúde, a fim de garantir a integralidade da assistência. Estudo qualitativo respeitando os passos propostos pelo referencial da fenomenologia da percepção, com base na obra de Merleau-Ponty e Martins, abrangendo três momentos: a descrição, a redução e a compreensão. Objetivou apreender a percepção da equipe multiprofissional de saúde de um serviço de referência e desvelar os desafios no processo de referenciamento. Participaram quinze profissionais atuantes no ambulatório de um hospital universitário de nível terciário, dentre eles: enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogo e médicos. A análise dos dados apontou a necessidade de aprimorar o processo de referenciamento evidenciando dificuldades na sua efetivação, fortemente relacionadas a: excesso de demanda, falta de tempo do profissional, insuficiência de serviço de média complexidade. A fragilidade de comunicação entre os níveis de atenção provoca uma fragmentação da assistência, com conseqüente diminuição na resolução dos problemas. Paralelamente, a contrarreferência ocorre quando há excesso de demanda e escassez de vagas no serviço terciário. Conclui-se que a não realização da contrarreferência alimenta falhas no sistema de saúde, prejudicando a integralidade da atenção. A educação permanente da equipe multiprofissional de saúde é necessária para a melhoria do processo.

**Palavras-chave:** Referência e consulta. Sistema único de saúde. Acesso universal aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei 8080/1990, regulamentada pelo Decreto 7508/2011<sup>(1)</sup>, estabeleceu a saúde como direito de cidadania, com atendimento gratuito em todos os níveis de atenção para toda população brasileira e suas diretrizes tem a finalidade de sistematizar o funcionamento dos serviços assistenciais compondo a rede de atenção à saúde e definindo suas portas de entrada, com o intuito de regular o acesso.

A organização do sistema de referência e contrarreferência é um dos pontos estratégicos na consolidação do SUS objetivando a integralidade da assistência, com articulações /sincronizadas e voltadas ao alcance de um objetivo comum, de modo que seja percebida pelos usuários de forma contínua<sup>(2)</sup>.

A concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída pelas redes de atenção à saúde (RAS), em que, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas,

formando redes policêntricas horizontais. A singularidade é que o seu centro de comunicação situa-se na Atenção Primária à Saúde (APS), que busca aprofundar e estabelecer padrões estáveis de interações, não possuindo menor complexidade e sim diferença na densidade tecnológica. A visão distorcida da complexidade nos diversos níveis do sistema leva a uma supervalorização das práticas realizadas no nível secundário e terciário, em detrimento à APS, que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde e é aí que situa a clínica ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, assim não é verdade que a complexidade seja menor na APS<sup>(3)</sup>.

Nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes atuando em conexões entre si, perfazendo uma série de linhas de produção do cuidado, configurando em linhas e conexões que se abrem em múltiplas direções. Essa estrutura possibilita interconectar todos os pontos de atenção à saúde, permitindo trajetos variados,

<sup>1</sup>Extraído da dissertação, intitulada "O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO CONTEXTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, no ano de 2013.

<sup>2</sup>Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, São Paulo, Brasil. karen@hcfmb.unesp.br

<sup>3</sup>Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. juliari@fmb.unesp.br

<sup>4</sup>Doutor em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. rstella@fmb.unesp.br

<sup>5</sup>Doutor em Enfermagem. Colaboradora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. naty\_mori@hotmail.com

<sup>6</sup>Mestre em Enfermagem. Doutoranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. simonepaixao@fmb.unesp.br

<sup>7</sup>Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. luana\_bassetto@hotmail.com

mas também sendo capazes de ocasionar conflitos na integração e comunicação entre os vários níveis de atenção<sup>(4)</sup>.

Para que a desejada organização das redes se efetive, é necessário que a lógica de financiamento acompanhe a lógica do discurso instituído nas políticas de saúde, principalmente as que envolvem a equidade em saúde, e não se trata de privilegiar um nível de atenção em detrimento do outro, mas que cada um deles possa contar com os recursos necessários para que a rede de atenção real se aproxime da rede de atenção idealizada.

Um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas a ele dirigidas, devendo haver articulações intersetoriais, geralmente em outros níveis de atenção, já que cada serviço possui um escopo de responsabilidade, objetivando a integralidade da atenção. No contexto de rede, um serviço que considera determinada demanda inadequada para si, tem a responsabilidade de encaminhar esse paciente a outro serviço capaz de realizar o atendimento necessário. Dentro de uma RAS, deve haver a complementaridade, sendo expressa pela continuidade do acompanhamento por meio do acesso a diferentes intervenções, em momentos distintos e em locais ou níveis de atendimento diferentes<sup>(5)</sup>. É necessário também, que a APS se articule com a população, introduzindo a participação ativa do sujeito no processo de conhecimento e autocuidado<sup>(4)</sup>.

Além dos aspectos culturais envolvidos e da complexidade do sistema, que abrange diferentes níveis de atenção, o SUS depara-se com disparidade estrutural e de recursos tecnológicos que impactam negativamente na saúde da população, além do subfinanciamento e das políticas ineficientes de recrutamento de pessoal. A gestão das RAS exige olhar dinâmico em relação às possibilidades de recursos e tecnologias existentes, articulando possibilidades que se voltem à resolução de problemas de saúde da população<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, a questão que se apresentou foi por que não se efetiva, na perspectiva multiprofissional, o sistema de referência e, em especial o de contrarreferência no sistema de saúde? O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela necessidade de complementar as produções científicas existentes e subsidiar reflexão que contribua para a articulação entre os serviços e para o efetivo funcionamento em rede. Para tanto, objetivamos apreender a percepção da equipe multiprofissional de saúde e desvelar os desafios a serem superados no processo de referenciamento dos usuários no SUS.

## METODOLOGIA

Estudo qualitativo apoiado pela fenomenologia, que tem como elemento básico a percepção, consciência e o sujeito. Respeitando os passos propostos pelo referencial da fenomenologia da percepção, com base na obra de Merleau-Ponty esse referencial<sup>(7)</sup>, abrangeu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão fenomenológica. Apresenta os procedimentos metodológicos de análise ideográfica, que desvelou as unidades significativas dos depoimentos individualmente transcritos, proporcionando compreensão crítica e reflexiva da percepção dos sujeitos e a análise nomotética, que permitiu revelar o enfoque geral do fenômeno, buscando as convergências, divergências e idiosincrasias que emergiram nas sínteses das análises ideográficas dos sujeitos, considerando-se os pontos comuns, dos quais emergiram as temáticas.

O estudo foi realizado no ambulatório de um Hospital Universitário, público, de referência regional, com 500 leitos, com taxa de internação de 85%, com característica de atendimento terciário, localizado no interior do Estado de São Paulo. O ambulatório possui, aproximadamente 150 profissionais da equipe multiprofissional, sem contar a equipe de médicos residentes, sendo somente 23 fixos da equipe de enfermagem. Os outros profissionais revezam o atendimento entre unidades de internação, ambulatórios e pronto socorro. É referência para 68 municípios da região, que abrange uma população de aproximadamente 1.500.000 de habitantes, recebe pacientes, predominantemente usuários do SUS, encaminhados a partir da atenção primária e secundária ou via interconsulta entre as especialidades, perfazendo um atendimento diário de cerca de 1000 pacientes.

Foram entrevistados 15 sujeitos pertencentes à equipe multiprofissional de saúde atuante nos ambulatórios de referência, sendo: 02 enfermeiros, 02 nutricionistas, 02 psicólogos, 02 médicos residentes (MR) da dermatologia, 02 MR da clínica médica, 02 MR da ginecologia/obstetrícia, 01 MR da urologia, 01 MR da pediatria e 01 fonoaudiólogo, com tempo de trabalho na instituição que variou entre 8 meses a 23 anos.

A motivação para a escolha dos sujeitos foi compreender a vivência dos profissionais na realização no processo de referenciamento dos usuários no ambulatório. Partimos do universo de profissionais que mais comumente recebem encaminhamento da APS e as 15 entrevistas foram delimitadas pela saturação teórica em relação aos objetivos, conforme preconiza o método.

A amostra intencional foi composta a partir de convite formalizado pessoalmente pela pesquisadora aos informantes-chave e, após o aceite, foi realizado agendamento da entrevista em local conveniente para o sujeito entrevistado, que permitisse a privacidade e o anonimato das informações dos atores. Após o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciaram-se as entrevistas, que tiveram duração entre cinco e quinze minutos, sendo estas áudio-gravadas. Os depoimentos foram integralmente transcritos e qualquer informação que pudesse identificar o entrevistado, foi suprimida, razão pela qual não foi identificada a categoria profissional nos recortes dos depoimentos, uma vez que os profissionais das categorias em menor número nos ambulatórios, ficariam passíveis de identificação, comprometendo, portanto, o sigilo na pesquisa.

Os critérios de exclusão foram o profissional se encontrar em férias ou licenças no período de coleta ou médicos residentes em início de atividade na instituição.

A coleta de dados, realizada pela pesquisadora, ocorreu nos meses de setembro a dezembro de 2011, por meio de entrevista semi-estruturada, não-diretiva, tendo como questões norteadoras: Baseado em sua vivência, o que você entende por referência e contrarreferência? Estudos demonstram que a contrarreferência praticamente inexistente. Como você percebe essa problemática? A que você atribui esse fenômeno? Gostaria de acrescentar algo sobre o tema?

É importante ressaltar que a questão voltada à contrarreferência ocorreu, pois este estudo foi desenvolvido no contexto de um grupo de pesquisa que estuda a temática há aproximadamente 20 anos e, portanto, não se tratou de direcionar a resposta, mas sim aprofundar achados de pesquisas anteriores, que demonstraram ser a contrarreferência praticamente inexistente.

Os depoimentos constituíram a região de inquérito para desvelamento do fenômeno estudado e foram numerados de A01 a A15 e as unidades de significado relacionadas às respectivas categorias temáticas. Como referencial de análise utilizou-se a integralidade do cuidado e o arcabouço teórico-legal do SUS, além da própria fenomenologia.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, autorização 3942/2011.

## RESULTADOS

Da análise dos depoimentos e da observância de suas convergências emergiram quatro temas centrais:

### Conhecimento do sistema de referência e contrarreferência

O conhecimento do sistema é de extrema importância para sua realização. Nota-se que a teoria e a realidade são divergentes, onde, conhecer a definição de referência e contrarreferência não garante a efetivação de sua realização.

Eu acho que é um sistema muito válido, mais para o médico que está na unidade básica do que para a gente. (A09)

A saúde pública ela manda para os centros de especialidades. A referência vem encaminhamento e a contrarreferência a gente reencaminha ele para o setor de serviço. Vem com anexo, tem impresso próprio e o próprio médico ou enfermeira, manda como referência. A contrarreferência a gente pode mandar o paciente como retorno do atendimento. Para funcionar um serviço, a rede pública atende esses pacientes manda para o setor de alta complexidade, que faz todo o tratamento e a gente devolve esse paciente, seria assim. (A03)

### Fatores que contribuem para a não realização da contrarreferência

Os motivos da não realização da contrarreferência podem ser observados e compreendidos como fatores determinantes para justificar a redução no número de vagas nos ambulatórios de referência e excesso de demanda, onde verifica-se o esquecimento de sua realização, prejudicando diretamente o sistema terciário da região. Associa-se a falta de tempo para o preenchimento a demanda excessiva, que é favorecida pela dificuldade de aceitação do paciente em ser contrarreferenciado ao município de origem.

A demanda do serviço, a triagem é muito grande para você fazer a contrarreferência. Você tem que escrever uma carta na verdade, tudo atrás da ficha que foi a referência, para mandar para o serviço que enviou e muitas não dão tempo de escrever, tem muito paciente. Outra coisa é preguiça também, a gente acostumou com aquele jeito e não muda. (A01)

A falta de recursos financeiros para aquisição de insumos materiais pelos municípios faz com que o hospital absorva pacientes que poderiam realizar seu acompanhamento em outros níveis de atenção, ocasionando um reduzido número de vagas.

Difícil fazer a contrarreferência porque a gente não tem mesmo segurança para encaminhar o paciente e muitas vezes não tem para onde. Apesar de todas as mudanças de

política de saúde, todo dia você vê ônibus despejando paciente. Eu gostaria muito de conseguir fazer isso. (A12)

A recusa dos pacientes e a falta de confiança em realizar acompanhamento na atenção primária mais próxima de sua residência, fazem com que parte da demanda tenha que ser absorvida pelo serviço de pronto socorro quando o mesmo apresenta alguma anormalidade, favorecendo a informalidade no acesso ao sistema.

Difícil o paciente apostar que ele vai ter um atendimento bom, de qualidade na cidade dele. Muitas cidades não tem nenhuma infraestrutura. Eu acho que é muito falho. Muitos deles se tratam aqui no hospital, em outros ambulatórios e são encaminhados para o acompanhamento e eles não conseguem procurar um posto de saúde. Acham que tem que ir no pronto socorro e que tem que ser atendido pelo médico dele. (A12)

Acho que é mais a cultura mesmo, esse retorno do paciente para a unidade básica, acaba prejudicando o tratamento pelo próprio paciente não aceitar isso. (A10)

Problemas com a infraestrutura, entendidos como ausência de espaço ou tecnologias, e a ausência ou número insuficiente de alguns profissionais na atenção primária também torna difícil o seguimento do tratamento pelo paciente. Esse déficit de profissionais repercute e potencializa a escassez de novas vagas oferecidas pelo ambulatório de referência, já que não consegue atender toda a demanda necessária.

A estrutura das unidades básicas, que são mais precárias em termos de número de profissionais e estrutura física, incapacita o profissional de atender um número grande de pacientes. (A10)

A comunicação ineficaz entre as equipes de saúde é evidenciada pela não realização da contrarreferência, prejudicando a continuidade do tratamento, o qual, muitas vezes, não consegue explicar a conduta realizada no centro de referência ao médico da atenção primária.

Às vezes inexistente, porque a gente não conversa. Fica difícil você voltar para quem fez o encaminhamento, porque até os próprios mecanismos dentro da instituição não facilitam muito o diálogo. (A11)

A informalidade no acesso a um nível de maior complexidade é favorecida pela precariedade no encaminhamento, uma vez que os pacientes encontram formas de burlar as regras, permanecendo sem necessidade no serviço terciário.

O funcionamento desse sistema ainda é muito precário. Os pacientes são encaminhados para outro nível sim, só que de forma, muitas vezes, informal. (A06)

### **Fatores que contribuem para a realização da contrarreferência**

A escassez de vagas nas diversas especialidades do serviço terciário faz com que alguns profissionais realizem a contrarreferência. Há o desconhecimento da qualidade no atendimento prestado aos pacientes na atenção primária, entretanto, os profissionais acabam fazendo o encaminhamento, pois é o único recurso disponível.

A contrarreferência é realizada quando pacientes apresentam comorbidades que possam interferir no tratamento programado nos ambulatórios. Essa separação entre tratamento de comorbidades e terapêutica especializada, favorece a diminuição de lista de espera e faz com que o paciente retorne ao serviço somente para avaliação do problema que objetivou seu encaminhamento. Com isso, pode haver uma programação de alta da especialidade sem que seja inserido definitivamente no serviço terciário.

No ambulatório a contrarreferência é feita com maior frequência do que na triagem. Pacientes quando tem alguma comorbidade clínica que interferem no tratamento, a gente costuma fazer carta para ele levar. Às vezes até auxílio medicamentoso a gente escreve para o médico que acompanha no posto de saúde para ter um acompanhamento mais de perto desse paciente. (A02)

A participação do líder, responsável pela orientação dos membros da equipe multiprofissional, é decisiva para a efetivação da contrarreferência. Os profissionais, em alguns momentos, acabam seguindo o que lhes é imposto. Quando não há essa obrigatoriedade, a contrarreferência não é realizada.

Eu vejo acontecer a contrarreferência mais na triagem, porque tem uma docente que cobra mais e exige que faça. (A14)

### **Importância da realização da contrarreferência**

A realização da contrarreferência favorece a diminuição de encaminhamentos ao serviço terciário sem necessidade ou critérios, fazendo com que o paciente não fique, eternamente, como clientela cativa da instituição.

Se a gente conseguisse realizar a contrarreferência, a gente diminuiria o número de pacientes que estão aqui sem necessidade. (A13)

O seguimento do tratamento de saúde na UBS tem extrema importância e para que isso ocorra, torna-se necessário o conhecimento e estabelecimento de um sistema efetivo que garanta o atendimento integral mais próximo de sua residência, com uma equipe conhecedora das condutas dispensadas ao paciente.

É importante para o paciente porque ele vai voltar para

outro serviço, sem ter a informação do que foi feito aqui e quando chega lá não vai poder dar andamento no que ele precisaria. É importante que o serviço de referência e contrarreferência seja bem feito para que se consiga dar andamento no tratamento do paciente. (A01)

## DISCUSSÃO

O SUS deve proporcionar acesso universal, integral e com equidade a toda população<sup>(1)</sup>. Esses princípios, quando trabalhados no conceito das RAS, promovem uma melhora assistencial e acompanhamento do tratamento dispensado ao paciente em qualquer ponto do sistema.

O que observamos é que há uma série de fatores para a não realização da contrarreferência, impactando, inclusive, no número de casos novos oferecidos à atenção primária, já que o excesso de demanda no serviço terciário não é resolvido devido a falta de articulação entre os níveis assistenciais.

Constata-se que o referenciamento de pacientes da atenção primária para o atendimento especializado e os mecanismos utilizados para este fim, são de conhecimento da equipe multiprofissional. Entretanto, apesar de conhecerem os conceitos e os papéis a serem realizados em cada nível de atenção, percebe-se, assim como em outro estudo<sup>(8)</sup>, que há dificuldades para os usuários que não têm a contrarreferência preenchida, levando a prejuízos para a continuidade da assistência.

A compreensão fenomenológica permitiu focalizar o fenômeno do processo de referenciamento, ou seja, "ir a coisa mesma", numa relação dialética em síntese, ou seja, o homem se situa no mundo, um mundo que se oculta e se doa a sua percepção. Ao focar ou "situar" o fenômeno, este é colocado entre parênteses, alcançando a essência que ilumina e esclarece o mundo como ele se apresenta<sup>(7)</sup>.

Assim, é prementea necessidade de insistir na formação dos profissionais que atuam ou atuarão no SUS, a fim de desempenhar uma prática assistencial seguidora dos preceitos desse sistema<sup>(9)</sup>.

É fato que a inexistência da contrarreferência contribui para uma menor resolução do problema de saúde do indivíduo, acarretando o agravamento desnecessário de suas condições. A falta de responsabilização da equipe multiprofissional, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade, compromete o princípio da integralidade<sup>(9,10)</sup>.

Outro fator preocupante, que aparece nas falas, encontra similaridade na literatura que aponta a disparidade nas condições estruturais das APS para a prática clínica onde a falta de consultórios,

equipamentos e insumos compromete o atendimento e o seguimento da terapia recomendada<sup>(9,11)</sup>. Além disso, a ausência de profissionais, principalmente médicos, restringe as vagas das unidades de saúde e diminuem o acesso às ações de diagnóstico e tratamento<sup>(12)</sup>.

Por outro lado, a oferta insuficiente de equipe multiprofissional especializada, acarreta um aumento no tempo para conseguir atendimento e, muitas vezes, a qualidade da consulta não corresponde às expectativas dos usuários. Há uma sobrecarga de trabalho e uma busca incessante dos usuários pelos serviços de alta complexidade<sup>(11)</sup>.

Para que ocorra elo entre os serviços, respeitando o princípio da integralidade, é necessário que a rede de serviços de maior e menor complexidade seja reorganizada. A atenção primária deveria responsabilizar-se por resolver a maior parte dos problemas de saúde de seus usuários, gerindo o fluxo destes no sistema<sup>(10,13)</sup>.

Sendo assim, a visão do modelo assistencial de atenção - curativo, medicocentrado e hospitalocentrado - e da busca por atendimento rápido e resolutivo acaba sobrecarregando o serviço de urgência e emergência. É comum os prontos socorros virarem porta de entrada para o serviço terciário, sendo necessária uma conscientização da população em relação a quando buscar este tipo de atendimento<sup>(10,14)</sup>.

O "modelo biomédico" tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde, não apenas no Brasil. Esse modelo é associado ao Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos da América em 1910, que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá, o qual assume destaque no campo da saúde. Movimento de críticas à hegemonia do modelo biomédico assume relevância internacional a partir dos anos de 1970<sup>(15)</sup>.

Retornando à questão da porta de entrada, o acolhimento, enquanto ferramenta de acesso e resolubilidade, favorece vínculos e a visão integral do usuário<sup>(13,16)</sup>.

Paralelo a isso, podemos citar os trabalhos desenvolvidos no Canadá e em Cuba, países reconhecidos por desenvolverem estratégias de atenção primária e enfatizarem a promoção à saúde. No Canadá, os médicos de assistência primária estabelecem o contato inicial com o sistema de assistência médica convencional, controlando o acesso a especialistas e admissões hospitalares. Em Cuba, adota-se o sistema de referência e contrarreferência, onde a atenção médica primária também constitui a porta de entrada ao Sistema

Nacional de Saúde. Observa-se que estes países se constituíram como sistemas públicos que atribuíram grande importância à APS e estruturaram seus serviços em torno do cuidado às famílias<sup>(17)</sup>.

Destaca-se que a garantia da integralidade em todos os níveis de atenção, é assegurada nos princípios constitucionais tanto do Brasil, quanto de Cuba. No sistema de saúde canadense, o princípio da abrangência está relacionado aos atendimentos considerados clinicamente necessários<sup>(17)</sup>.

É evidente o despreparo sobre o trabalho em rede, o que pode sinalizar as limitações da gestão. Investir na atenção multiprofissional, desencadeará uma ação integrada e resolutive<sup>(18)</sup>. Um maior financiamento do SUS ocasionaria uma ampliação da equipe multiprofissional e melhoria da infraestrutura das unidades, com organização do processo de trabalho<sup>(11)</sup>.

A precariedade em termos de comunicação e informação prejudica o funcionamento o processo de encaminhamento das áreas envolvidas<sup>(8)</sup>, pois além de orientar e indicar ao paciente um atendimento mais complexo, é fundamental que os serviços de saúde realizem o feedback dos resultados obtidos estabelecendo uma interação para discuti-los, além de planejar novas estratégias de cuidado<sup>(12)</sup>.

A comunicação adequada em redes promove racionalidade no atendimento, evitando duplicidade de consultas e exames<sup>(9)</sup>, além de ser fundamental no processo de cuidar, podendo também ser considerada insuficiente diante da conduta empregada quando traz inconstâncias como descontinuidade do atendimento com conseqüente prejuízo aos pacientes<sup>(19)</sup>.

Ainda devemos considerar que a comunicação das RAS apresenta-se como um nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema e que, sua ausência interrompe esse elo, prejudicando a continuidade da assistência e afetando diretamente a população, que é o foco da atenção oferecida<sup>(4)</sup>.

Os trabalhadores da área da saúde, além de engajados na melhoria do sistema, devem visualizar a rede como um conjunto mais amplo, com capacidade de garantir maior articulação entre os serviços de saúde com foco no cumprimento da integralidade.

As informações e conhecimentos devem circular, interna e externamente, por meio de um sistema de

comunicação com infraestrutura tecnológica adequada que facilite o diálogo com outras esferas, promovendo maior integração entre os diversos níveis<sup>(20)</sup>.

A frágil integração entre os níveis de atenção e a pouca resolubilidade restringem inúmeras ações e diretrizes do sistema, promovendo um acesso muito distante da universalidade. O alcance de uma interface ideal exige, além de investimento dos gestores, implementação de ações articuladas baseadas nas necessidades de saúde dos usuários<sup>(8)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se dos dados que a equipe multiprofissional conhece o funcionamento e a importância do sistema de encaminhamento do usuário no SUS, apesar de não o praticar em todas as situações.

Desvelou-se os fatores que contribuíram para realização da contrarreferência como: escassez de vagas no serviço terciário e comorbidades. Apesar de algumas facilidades, foram também evidenciados problemas que favorecem a não realização da contrarreferência, como: excesso de demanda, falta de recursos financeiros na atenção primária, recusa de pacientes, dentre outros.

A análise dos depoimentos demonstrou a importância dessa reflexão para o SUS, podendo contribuir com propostas de avanços e melhorias assistenciais e que ainda há muito a ser aprimorado. Neste sentido, a equipe multiprofissional de saúde tem o importante papel de diminuir a lacuna da comunicação, tornando-a clara, efetiva e completa no encaminhamento do usuário, a fim que o mesmo não seja vítima de um sistema fragmentado.

Considerou-se como limitação, o fato do estudo não poder ser generalizado. Apesar disso, por ter sido desenvolvido em um centro de referência regional, pode representar o que ocorre em outras regiões de saúde, com características semelhantes.

Os dados coletados foram suficientes para responder aos objetivos propostos, podendo estimular estudos futuros e contribuir com o entendimento do fenômeno de encaminhamento de usuários. Compreender esse processo é fundamental para atender o princípio da integralidade, fortalecendo o SUS e a efetivação das redes de atenção à saúde.

---

## CHALLENGES IN THE PROCESS OF REFERRAL OF USERS IN HEALTH CARE NETWORKS: MULTIPROFESSIONAL PERSPECTIVE

### ABSTRACT

The referral and counter-referral system is one of the strategic aspects for consolidating the Unified Health System in order to guarantee the comprehensiveness of care. This is a qualitative study addressing the steps proposed by the reference of phenomenology of perception, based on the work of Merleau-Ponty and Martins, covering three moments: description,

reduction and understanding. The objective was to understand the perception of the multiprofessional health team of a referral service and to unveil the challenges present in the referral process. Fifteen professionals of the outpatient clinic of a tertiary-level university hospital participated in the study, including nurses, psychologists, nutritionists, speech therapists and physicians. The analysis of the data pointed to the need to improve the referral process, evidencing difficulties in its implementation which were strongly related to: excess of demand, lack of time on the part of professionals, and insufficient service of medium complexity. The fragility of communication between the levels of attention causes fragmentation of care with consequent reduced troubleshooting. At the same time, the counter-referral occurs when there is excess demand and shortage of vacant spaces in the tertiary service. We concluded that the non-performance of the counter-referral feeds failures in the health system, impairing the integrality of care. Continuing education of the multiprofessional health team is necessary to improve the process.

**Keywords:** Referral and consultation. Unified health system. Universal access to health care services. Comprehensive healthcare.

## DESAFÍOS EN EL PROCESO DE REFERENCIACIÓN DE USUARIOS EN LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD: PERSPECTIVA MULTIPROFESIONAL

### RESUMEN

El sistema de referencia y contrarreferencia es uno de los puntos estratégicos para consolidación del Sistema Único de Salud, a fin de garantizar la integralidad de la atención. Estudio cualitativo respetando los pasos propuestos por el referencial de la fenomenología de la percepción, con base en la obra de Merleau-Ponty y Martins, abarcando tres momentos: la descripción, la reducción y la comprensión. El objetivo fue entender la percepción del equipo multiprofesional de salud de un servicio de referencia y aclarar los desafíos en el proceso de referenciación. Participaron quince profesionales actuantes en el ambulatorio de un hospital universitario de nivel terciario, entre estos: enfermeros, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogo y médicos. El análisis de los datos señaló la necesidad de perfeccionar el proceso de referenciación evidenciando dificultades en su cumplimiento, fuertemente relacionadas a: exceso de demanda, falta de tiempo del profesional, insuficiencia de servicio de media complejidad. La fragilidad de comunicación entre los niveles de atención provoca una fragmentación de la asistencia, con consecuente disminución en la resolución de los problemas. Paralelamente, la contrarreferencia ocurre cuando hay exceso de demanda y escasez de puestos en el servicio terciario. Se concluye que la no realización de la contrarreferencia alimenta fallas en el sistema de salud, perjudicando la integralidad de la atención. La educación permanente del equipo multiprofesional de salud es necesaria para la mejoría del proceso.

**Palabras clave:** Referencia y consulta. Sistema único de salud. Acceso universal a los servicios de salud. Atención integral en salud.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial da União [on-line]. 29 Jun 2011 [citado em 15 jan 2015]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm).
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Brasília: CONASS; 2011. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colacao2011/livro\\_2.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colacao2011/livro_2.pdf).
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965).
4. Costa CFS, Vaghetti HH, Santos SSC, Francioni FF, Kerber NPC. The complexity of the health care network. Cienc. cuidsaúde [on-line]. 2015 [citado em 2018 ago]; 14(4):1609-15. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.27791>.
5. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. Saúde soc [on-line]. 2017 [citado em 2017 dez]; 26(2):424-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170846>.
6. Amuda C, Lopes SGR, Koenich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. Esc. Anna Nery [on-line]. 2015 [citado em 2017 dez]; 19(1):169-173. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150023>.
7. Martins, J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poésis. São Paulo: Cortez; 1992.
8. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. The Interface between Primary Care and Emergency Dental Services (SOU) in the SUS: the interface between levels of care in oral health. Cienc. saúde coletiva [on-line]. 2015 [citado em 2017 dez]; 20(10):3111-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.12712014>.
9. Santos RSAF, Bezerra LCA, Carvalho EF, Fontbonne A. Rede de atenção à saúde ao portador de Diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). Saúde Debate [on-line]. 2015 [citado em 2017 dez]; 39(n spe):268-82. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005368>.
10. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. Rev. Med. Minas Gerais [on-line]. 2015 [citado em 2017 ago]; 25(4):469-475. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>.
11. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: revista de saúde coletiva [on-line]. 2015 [citado em 2018 mar]; 25(2):635-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
12. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel GDJ, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do SUS: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Cienc. saúde coletiva [on-line]. 2014 [citado em 2018 mar]; 19(4):1283-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01702013>.
13. Ferreira JBB, Caldas DC, Santos LL, Ribeiro LC, Chaves LDP. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade [on-line]. 2016 [citado em 2018 mar]; 11(38):1-12. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf.11\(38\)1188](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf.11(38)1188).
14. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saúde soc. [on-line]. 2015 [citado em 2017 dez]; 24(1):100-12. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.
15. Fertoni HP, Pires DEP, BiffD, Scherer MDA. The health care model:

concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2015 [citado em 2017 dez]; 20(6):1869-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.

16. Vasquez FL, Guerra LM, Vitor ES, Ambrosano GMB, Mialhe FL, Meneghim MC, et al. Referência e contrarreferência na atenção secundária em odontologia em Campinas, SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2014 [citado em 2017 dez]; 19(1):245-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1986>.

17. Santos JC, Melo W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. *Gerais rev. interinstitucional de psicologia* [on-line]. 2018 [citado em 2018 ago]; 11(1):79-98. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007&lng=pt).

18. Brondani JE, Leal FZ, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare enferm.* [on-line]. 2016 [citado em 2018 ago]; 21(1):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.

19. Corrêa ACP, Dóí HY. Counter-referral of women who experienced high-risk pregnancy to family health units in Cuiabá. *Ciênc. cuid. saúde* [on-line]. 2014 [citado em 2018 jun]; 13(1):104-10. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.19916>.

20. Pinheiro ALS, Martins AFP, Pinto IC, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS. The use of information systems: challenges for health management. *Ciênc. cuid. saúde* [on-line]. 2015 [citado em 2018 ago]; 14(3):1307-14. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i3.24356>.

---

**Endereço para correspondência:** Karen Aline Batista da Silva. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro. Unesp Câmpus de Botucatu – CEP 18618-687. Botucatu. SP. Brasil. E-mail: [karen@hcfmb.unesp.br](mailto:karen@hcfmb.unesp.br)

**Data de recebimento:** 03/07/2018

**Data de aprovação:** 11/09/2018