

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

DANIEL EDSON SILVA CAIXETA

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE
ENFERMEIROS E MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

UBERABA

2024

Daniel Edson Silva Caixeta

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E
MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

UBERABA

2024

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C138r Caixeta, Daniel Edson Silva
Referência e contrarreferência: a percepção de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde / Daniel Edson Silva Caixeta. -- 2024.
61 p. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Cuidado Transicional. 4. Encaminhamento e consulta. 5. Continuidade da Assistência ao Paciente. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614

DANIEL EDSON SILVA CAIXETA

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS
E MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações


Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba, 18 de Junho de 2024

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **ALVARO DA SILVA SANTOS**
Data: 24/07/2024 10:18:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **DIVANICE CONTIM**
Data: 23/07/2024 17:02:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Divanice Contim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CRISTINA TRALDI**
Data: 23/07/2024 20:29:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Maria Cristina Traldi
Universidade de Medicina de Jundiaí

Dedico esse trabalho à minha mãe Gilda Silva Caixeta, pelo apoio incondicional e compreensão, ao meu pai Gilberto Guimarães Caixeta, por ser meu esteio e ao meu irmão Rafael Silva Caixeta, pelo incentivo e suporte durante cada momento dessa jornada.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao Professor Doutor Álvaro da Silva Santos, orientador deste estudo, pela confiança depositada, pelos ensinamentos compartilhados e principalmente pela paciência nos momentos de dificuldade, ajudando a superar cada obstáculo desse processo, estando presente em cada momento. Por último, por acreditar que é possível colocar em prática toda a grandeza que o Sistema Único de Saúde consegue proporcionar em sua teoria.

AGRADECIMENTOS

Externo meus agradecimentos aos Docentes do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, pelas contribuições para minha formação acadêmica e profissional; aos membros da banca de qualificação, em especial a Professora Doutora Divanice Contim e Professora Doutora Tanyse Galon, pelas preciosas considerações e; aos membros da banca de defesa, por terem aceitado participar deste momento tão importante para minha formação.

À Lucas Carvalho Silva e Bruno Azor, pela motivação constante em desafiar meus limites; à Marcos Paulo Duarte de Oliveira e Gabriel Ferreira, pela amizade e perseverança; à Gustavo Augusto Soares e Marcelo Vitor Santana Soares, pelas de distrações nos raros momentos de descanso e; à Renato Martins Ferreira e Artur Vilela, pelos aconselhamentos.

Ao Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Contexto Social pelo acolhimento e compartilhamento de tanto conhecimento; aos colegas de turma do mestrado, pelo companheirismo e; aos colaboradores da PPGAS, por toda atenção e solicitude.

Aos meus familiares pelo constante apoio e entendimento nos momentos de ausência e a todos que contribuíram para tornar realidade o que um dia foi era sonho.

“Quando os ventos de mudança sopram, umas pessoas constroem barreiras, outras constroem moinhos de vento”

Érico Veríssimo

CAIXETA, Daniel Edson Silva. **Referência e contrarreferência: A percepção de enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde**. 2024. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

RESUMO

Introdução: Considera-se a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do processo de referência e contrarreferência e, de forma mais sofisticada entendido como continuidade do cuidado, elaborando e monitorando fluxos entre os distintos pontos da rede de atenção à saúde, com capacidade de oferecer um cuidado horizontal, integral e contínuo. Este processo requer a participação de todos os profissionais de saúde, de forma essencial enfermeiros e médicos. **Objetivos:** Analisar a percepção dos enfermeiros e médicos sobre as ações de “Referência” e “Contrarreferência” na Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais, dispondo, para análise dos dados qualitativos, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e teve, como referencial teórico, o modelo conceitual de continuidade do cuidado de Deeny, que foi realizado com enfermeiros e médicos da Atenção Primária de Uberaba durante o ano de 2023 e 2024. **Resultados:** participaram 96 profissionais, contando com 53 enfermeiros e 43 médicos de um total de 38 unidades básicas e possibilitando a construção de 37 discursos, sendo 18 a partir das respostas dos enfermeiros e 19 a partir das respostas dos médicos para a compreensão da percepção dos entrevistados sobre o fenômeno em questão. **Discussão:** Análise crítica acerca do entendimento dos profissionais quanto a “referência”, “contrarreferência”, sobre as ações aplicadas na prática dos profissionais, mudanças necessárias no processo como um todo e a importância de ações de educação permanente sobre o tema. **Conclusão:** O processo de sofisticação da continuidade do cuidado exige profissionais capacitados, empoderados, confiantes e motivados, além de uma gestão participante, sendo essencial o aperfeiçoamento destes envolvidos, através de ações de educação permanente em saúde, desde a compreensão conceitual, até a implantação de ações diretas sobre referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde, com um olhar contemporâneo sobre o processo de continuidade do cuidado.

Descritores: Cuidado Transicional. Encaminhamento e Consulta. Continuidade da Assistência ao Paciente.

CAIXETA, Daniel Edson Silva. **Referral and Counter-referral: Nurses' and Physicians' Perception in Primary Health Care**. 2024. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care is considered the orchestrator of the referral and counterreferral process and in a more sophisticated manner, understood as continuity of care developing and monitoring flows between the different points of the health care network with the capacity to offer horizontal and continuous care. This process requires the participation of all health professionals especially nurses and physicians. **Objectives:** To analyze the perception of nurses and physicians regarding the actions of "Referral" and "Counterreferral" in Primary Health Care. **Methods:** This is a qualitative study that used the theory of social representations as a theoretical-methodological framework employing the Collective Subject Discourse technique for the analysis of qualitative data. It had as a theoretical reference the conceptual model of care continuity by Deeny which was carried out with nurses and physicians from Primary Care in Uberaba during the years 2023 and 2024. **Results:** 96 professionals participated including 53 nurses and 43 physicians from a total of 38 basic health units. Were built 37 discourses with 18 from nurses' responses and 19 from physicians' responses to understand the perception of the interviewees about the phenomenon in question. **Discussion:** Critical analysis of professionals' understanding regarding "referral," "counterreferral," the actions applied in professional practice necessary changes in the process as a whole and the importance of continuous education actions on the subject. **Conclusion:** The process of enhancing care continuity requires skilled empowered confident and motivated professionals as well as participatory management. It is essential to improve these involved individuals through continuous health education actions from conceptual understanding to the implementation of direct actions on referral and counterreferral in the health care network with a contemporary perspective on the continuity of care process.

Keywords: Transitional Care. Referral and Consultation. Continuity of Patient Care.

CAIXETA, Daniel Edson Silva. **Referencia y Contrarreferencia: La percepción de enfermeras y médicos de la atención primaria de salud.** 2024. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

RESUMÉN

Introducción: La Atención Primaria de Salud se considera como el orquestador del proceso de referencia y contrarreferencia y, de manera más sofisticada, entendida como continuidad del cuidado, desarrollando y supervisando flujos entre los diferentes puntos de la red de atención sanitaria, con capacidad para ofrecer cuidado horizontal, integral y continuo. Este proceso requiere la participación de todos los profesionales de la salud, especialmente enfermeras y médicos. **Objetivos:** Analizar la percepción de enfermeras y médicos sobre las acciones de "Referencia" y "Contrarreferencia" en la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Este es un estudio cualitativo que utilizó la teoría de las representaciones sociales como marco teórico-metodológico, empleando la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo para el análisis de datos cualitativos. Tuvo como referencia teórica el modelo conceptual de continuidad del cuidado de Deeny, que se llevó a cabo con enfermeras y médicos de Atención Primaria en Uberaba durante los años 2023 y 2024. **Resultados:** Participaron 96 profesionales, incluidas 53 enfermeras y 43 médicos de un total de 38 unidades básicas, lo que permitió la construcción de 37 discursos, con 18 a partir de las respuestas de las enfermeras y 19 a partir de las respuestas de los médicos para comprender la percepción de los entrevistados sobre el fenómeno en cuestión. **Discusión:** Análisis crítico de la comprensión de los profesionales respecto a "referencia", "contrarreferencia", las acciones aplicadas en la práctica profesional, los cambios necesarios en el proceso en su conjunto y la importancia de las acciones educativas continuas sobre el tema. **Conclusión:** El proceso de mejora de la continuidad del cuidado requiere profesionales capacitados, empoderados, seguros y motivados, así como una gestión participativa. Es fundamental mejorar a estos individuos involucrados a través de acciones continuas de educación en salud, desde la comprensión conceptual hasta la implementación de acciones directas sobre la referencia y contrarreferencia en la red de atención sanitaria, con una perspectiva contemporánea sobre el proceso de continuidad del cuidado.

Palabras clave: Cuidado Transicional. Referencia y Consulta. Continuidad de la Asistencia al Paciente.

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
R	Referência
CR	Contrarreferência
RS	Representações Sociais
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
LGPD	Lei de Proteção de Dados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
EPS	Educação Permanente em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 OBJETIVO GERAL.....	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4 MÉTODO.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.3 POPULAÇÃO.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	25
4.6 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	25
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5 RESULTADOS.....	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	28
5.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	29
5.2.1 Entendimento do que é Referência.....	29
5.2.2 Entendimento do que é Contrarreferência.....	30
5.2.3 Aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática.....	31
5.2.4 Necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões..	33
5.2.5 Importância de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões.....	35
6 DISCUSSÃO.....	37
6.1 EXPLORAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	37
6.2 O ENTENDIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE O QUE É REFERÊNCIA.....	38
6.3 O ENTENDIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE O QUE É CONTRARREFERÊNCIA.....	40
6.4 APLICAÇÃO DE AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	42
6.5 MUDANÇAS NECESSÁRIAS NAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E AS SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS	44

6.6 IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E AS SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS.....	47
6.7 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: AS NUANCES A PARTIR DA PESQUISA.....	49
7 CONCLUSÃO.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE A – Questionário sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde.....	59
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970, desbravar avanços na área da saúde envolve enfrentar não só problemas sanitários, mas também compreender um sistema constituído por uma ditadura em curso, onde qualquer ideia contrária ao contexto vigente poderia significar um embate direto, sobretudo no que se refere à busca de uma política de saúde democrática. Nesse contexto, surge o movimento sanitarista desenvolvimentista como oposição ao sanitarismo campanhista, defendendo a unificação, integração e universalização da saúde (BORGES; BAPTISTA, 2021).

A essência das intenções da reforma sanitária, extraída das suas intenções, possibilitou o planejamento para descentralização, designando os serviços de saúde como públicos e caracterizando os privados como complementares e institucionalizados, sujeitos a um conjunto de normas. Este arranjo configura-se posteriormente como o Sistema Único de Saúde (SUS), com a reconstrução política de saúde pós-ditadura, iniciada com a Constituição Federal em 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (BORGES; BAPTISTA, 2021).

A Constituição de 1988 estabeleceu o SUS e garantiu o direito à saúde como responsabilidade do Estado, sob os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Esse sistema foi fundamentado com base em um projeto territorial descentralizado e hierarquizado através de redes de atenção à saúde (RAS), independentemente de qual ponto o sujeito estivesse, inspirado no modelo de redes exposto no relatório Dawson em 1920 (FARIA, 2020).

No Brasil, o movimento de descentralização começou na década de 1980, passando de “municipalização” para “regionalização”, chegando às RAS. Esse processo foi pautado em instrumentos normativos que vem da própria Constituição, como as Normas Operacionais e Pactos pela Saúde. Neste contexto político, emerge a necessidade de efetivar as ações de saúde, resultando no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, que posteriormente viria a ser o Programa de Saúde da família (PSF) em 1994. Apenas em 2006 esse programa se transforma em uma estratégia, com a criação da Política Nacional de Atenção Básica (FARIA, 2020), reorganizando o sistema para que fosse possível trazer um novo olhar sobre o fazer saúde, mais acessível, abrangente e menos hospitalocêntrico.

Com isso, definiu-se um caminho para que o usuário recebesse a assistência para suas necessidades, estabelecendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do

serviço (NASCIMENTO *et al.*, 2020), facilitando o acesso aos serviços de saúde (COSTA *et al.*, 2020a; SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Embora a APS seja considerada porta de entrada do SUS, demandas por assistência que exigem outros níveis de complexidade, inclusive hospitalar, podem surgir. Por isso, é necessário uma organização em redes de assistência, fluxos e densidade tecnológica distintas, para atender tais demandas (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021). É na APS que acontece o planejamento e o monitoramento do fluxo dos usuários entre os distintos pontos RAS, oferecendo um cuidado horizontal, contínuo e integrado através dos processos de Referência (R) e Contrarreferência (CR) (FERREIRA *et al.*, 2017).

Conceitualmente, R consiste no encaminhamento do indivíduo da APS para os níveis de média e alta complexidade. Por sua vez, a CR pode ser caracterizada pelo retorno desse indivíduo da média e/ou alta complexidade para a APS, garantindo a continuidade da assistência à saúde conforme necessário (SILVA; SENA; CASTRO, 2018).

Este conceito passou por uma evolução histórica, procedendo inicialmente do termo “encaminhamento”, que antecede a criação do SUS, tratando-se do direcionamento de um usuário entre diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. Este termo, tinha como principal função o intercâmbio de informações sobre o paciente através de uma carta escrita (WÅHLBERG *et al.*, 2015). Em outras palavras, o encaminhamento de pacientes entre níveis distintos de atenção, significa reconhecer que um único nível com determinada densidade tecnológica e assistencial não é capaz de suprir todas as demandas do paciente (JACCOUD; VIEIRA, 2020).

Portanto, ao referenciar e contrarreferenciar, o profissional da APS não apenas encaminha, mas define as razões para a consulta ou procedimento, faz perguntas cujas respostas gostaria de conhecer, listar os procedimentos que está realizando para o usuário, medicamentos prescritos, lista os resultados que tem apresentado e solicita orientações do especialista no momento. Por sua vez, o destinatário do encaminhamento tem uma visão ampliada do encaminhado e deve preencher a contrarreferência informando o que foi realizado, os resultados alcançados e recomendando a continuidade do cuidado na APS, especificando inclusive o momento ideal para o retorno, caso necessário. Sendo assim, percebe-se que a R-CR vai muito além do encaminhamento dos usuários (MENDES, 2011).

De forma mais sofisticada, o conceito e a possibilidade no campo de prática evoluem

para transição de cuidado, que é definido como ações para assegurar a coordenação e a continuidade da assistência à saúde durante a transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2022), em um avanço para o que se entende atualmente como continuidade do cuidado.

Deste modo, é preciso reconhecer que o ir e vir do paciente (agora compreendido como transição do cuidado) traz uma perspectiva de que suas demandas, tanto perceptíveis e subjetivas, sejam assistidas em todos os níveis de densidades tecnológicas e assistenciais, buscando garantir a continuidade do cuidado (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

A continuidade do cuidado é um ideal na qual a atenção à saúde é fornecida de maneira coordenada e sem interrupções, independentemente do comprometimento de diferentes profissionais e de todas as complexidades do sistema de saúde. Todos os envolvidos nos cuidados do paciente, incluindo o próprio paciente, se comunicam e colaboram entre si para coordenar os cuidados (BAKERJIAN, 2022).

Dada sua complexidade, expressar o significado de continuidade do cuidado torna-se extremamente complicado, muitas vezes sendo presumida e não declarada. Porém, para sua completude, é necessário um fluxo adequado de informações, habilidades interpessoais e gestão de cuidados, além de considerar as necessidades e preferências da pessoa atendida, de forma progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada. Para melhor compreensão do processo de continuidade do cuidado, foi necessário dividi-lo em dimensões, sendo estas: a “continuidade informacional”, “continuidade relacional” e “continuidade gerencial” (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

A “Continuidade informacional” considera o registro e disponibilidade das informações do paciente para os profissionais da RAS, desde a transferência desta informação até o conhecimento acumulado sobre o paciente, conhecendo e respeitando valores e preferências, incluindo-os no planejamento do cuidado. Essa dimensão é também denominada como informativa (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

Na dimensão “continuidade relacional”, é necessário considerar o vínculo entre o cuidador e o cuidado, assim como a estabilidade da equipe que presta o serviço, valorizando a manutenção e estabelecimento de confiança mútua, respeitando crenças e a individualidade do paciente (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002). Esta dimensão também pode ser denominada como continuidade longitudinal do cuidado (IRWIN; AGIUS, 2017).

Para a dimensão “cuidado gerencial”, o foco está na coordenação dos serviços de saúde, visando garantir a oferta integral, coesa, complementar e interativa do cuidado dentro da RAS, além de contar com um poder de flexibilização do plano de cuidado, quando necessário (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

Esta concepção foi atualizada em 2017, trazendo um modelo multidimensional, abordando aspectos imateriais entre paciente e profissional de saúde, histórico clínico e a disponibilidade dessas informações, além da coordenação e da comunicação entre os pontos de atendimento da RAS, introduzindo quatro domínios para contemplar sua complexidade, sendo estes: interpessoal, longitudinal, informacional e gerencial (DEENY *et al.*, 2017).

De forma direta, o modelo de Deeny *et al* (2017) aperfeiçoa o modelo de Haggerty (2002), trazendo: a continuidade *interpessoal*, que envolve a subjetividade na relação de cuidado entre paciente e profissional de saúde; a continuidade *longitudinal*, que se refere a um histórico de interações com o mesmo profissional em uma série de acontecimentos; a continuidade *informacional*, que trata da disponibilidade de informações clínicas e psicossociais em todos os atendimentos; e a continuidade *gerencial*, que se refere aos processos de coordenação e colaboração efetiva entre as equipes e serviços de saúde de diferentes níveis para prestação de um cuidado coeso.

Para garantir a continuidade da assistência de forma a realizar um cuidado integral, o compartilhamento de informações entre os pontos da RAS, através da R e CR, nos quais o médico participa de forma ativa, é fundamental. Isso envolve a interação com profissionais de outros serviços e a cor-responsabilidade pela condução entre os níveis de assistência (NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018). Por sua vez, é na APS que os médicos têm potencial resolutivo para a maioria das necessidades dos pacientes, pois possuem informações essenciais ao cuidado, podendo encaminhá-los aos demais pontos de apoio da RAS quando necessário (ROCHA; CALHEIROS; WYSZOMIRSKA, 2022).

A comunicação entre os pontos da RAS é crucial para a longitudinalidade do cuidado, exigindo um processo de R e CR operante, caracterizando-se como principal ferramenta organizacional para as práticas de trabalho das equipes de saúde, facilitando o acesso às pessoas que procuram estes serviços (ALVES *et al*, 2015). Para isto, uma rede horizontal de serviços eficaz é necessária para assegurar que as informações sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo, sejam transmitidas de forma adequada em todos os pontos de atendimento necessários, para garantir a continuidade do cuidado (ANDRADE;

FRANCISCHETTI, 2019).

A RAS é prevista na Portaria 2488/2011 do Ministério da Saúde, que determina sua constituição em arranjos organizativos formados por diferentes ações e serviços de saúde, cada qual com suas configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e territorializada (BRASIL, 2011).

O referenciamento e contrarreferenciamento é desempenhado especificamente entre os profissionais de saúde, com significativa participação tanto de médicos quanto de enfermeiros na articulação dos serviços da RAS (COSTA *et al.*, 2019). Isso visa planejar o cuidado e relacionar os demais serviços no acompanhamento do paciente (ACOSTA *et al.*, 2018; GOULARTE *et al.*, 2021).

Um dos desafios é garantir que a continuidade do cuidado prestado ao usuário seja efetiva durante sua dinâmica nas esferas da RAS, buscando assegurar a integralidade da atenção à saúde (BERRES; BAGGIO, 2020). Isso reforça a necessidade de uma RAS eficiente, com ações articuladas entre todos os níveis de atenção à saúde (LIMA *et al.*, 2019; ACOSTA *et al.*, 2020).

Atualmente, há uma transição conceitual e prática em direção ao uso do termo “continuidade do cuidado”, em vez dos conceitos de referência e contrarreferência. Porém, essa mudança terminológica, que automaticamente amplia a visão do cuidado, não é algo consolidado, mas sim almejado. Portanto, os termos R e CR serão usualmente utilizados com vistas a pensar na amplitude que a continuidade do cuidado transparece.

A insuficiência ou ausência de R e CR na continuidade do cuidado, podem gerar desperdício de recursos, demora na resposta das necessidades do usuário, riscos de complicações devido à demora na assistência (PEITER *et al.*, 2019), repetição de procedimentos e, desumanização da assistência, dentre tantas outras dificuldades, que mostram as dificuldades de comunicação e informação da RAS.

Ademais, os profissionais enfrentam outros entraves do processo, tais como a sobrecarga de trabalho, a comunicação ineficaz entre médico e enfermeiro e a falta de suporte no sistema de saúde (ACOSTA *et al.*, 2018). Quando o cuidado se torna fragmentado, pontual e desarticulado entre os serviços, há uma incapacidade de suprir as necessidades da população (COSTA *et al.*, 2020a).

Por sua vez, como facilitadores do processo, tem-se a comunicação horizontalizada e

interação entre os profissionais, o trabalho em equipe, um sistema informatizado com a história clínica do paciente e o apoio do profissional pela instituição em que está vinculado (COSTA *et al.*, 2020a).

O acesso aos serviços de saúde, boas habilidades interpessoais, fluidez de informação entre os profissionais, coordenação dos cuidados e integração dos serviços de forma satisfatória são fundamentais para otimização do cuidado (AUED *et al.*, 2019).

A aproximação dos profissionais da APS, incluídos nas reuniões da Atenção Hospitalar e vice-versa, facilita o provimento do conhecimento das competências profissionais, da estrutura e das limitações dos serviços que compõem a RAS, promovendo uma melhor articulação e harmonia das ações prestadas ao paciente (COSTA *et al.*, 2019).

É necessário ampliar o conhecimento e as habilidades dos profissionais da APS para fortalecer o processo de referência e contrarreferência (AUED *et al.*, 2019), melhorando a coordenação na transição do cuidado, planejamento da alta e interação dos serviços da rede (ACOSTA *et al.*, 2020).

Destarte, a articulação da RAS em todos os pontos de atenção, traz segurança aos profissionais e os usuários, promovendo o cuidado (GUEDES *et al.*, 2017), garantindo sua continuidade, reduzindo custos em saúde e aumentando a qualidade de vida dos pacientes e familiares (GOULARTE *et al.*, 2021).

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo parte do pressuposto de que tanto enfermeiros quanto médicos possuem conhecimento insuficiente acerca do processo de continuidade do cuidado, assim como suas respectivas formações acadêmicas e oferta de práticas de atualização, podendo interferir nas atividades de transição de cuidados. Neste momento, é preciso entender que o conhecimento dos profissionais acerca de continuidade do cuidado é fundamental para uma assistência harmônica e resolutiva (SERRA; RODRIGUES, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental na resolução das demandas de saúde devido ao seu poder de criação de vínculos, aspecto importante na continuidade do cuidado. No entanto, apesar do alto potencial resolutivo da APS, é evidente que grande parte das internações e readmissões hospitalares são desnecessárias e poderiam ser evitadas, refletindo a dificuldade ou ausência de comunicação entre os pontos da RAS (SULINO *et al.*, 2021), dentre outros desafios.

A dificuldade em atender adequadamente as demandas do paciente na RAS leva à reincidência de agravos a saúde devido à uma desarticulação entre os pontos da rede, que está comprometida em suprir demandas imediatas da população, dificultando o processo de gestão do cuidado a longo prazo (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Embora seja essencial entender o mecanismo de continuidade do cuidado, as experiências para viabilizar esta ferramenta ainda são isoladas e frágeis. As publicações acerca da temática (notadamente experiências bem sucedidas) mostram-se escassas. Há uma necessidade de olhares mais progressistas sobre a transição do cuidado, especialmente no contexto unidirecional do nível terciário e secundário para a APS (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021), contexto que precisa ser revisto.

O entendimento sobre os obstáculos para a continuidade do cuidado, assim como suas potencialidades, pode favorecer a otimização de recursos, reduzindo o tempo na resposta às necessidades do usuário e melhorando a coordenação do cuidado prestado (ACOSTA *et al.*, 2018; PEITER *et al.*, 2019).

Logo, a conjectura inicial é de que o conhecimento existente dos enfermeiros e médicos da APS de Uberaba é insuficiente, o que pode dificultar ou até impossibilitar práticas adequadas de R-CR, bem como prejudicar a assistência prestada ao paciente. Conhecer essa realidade trará ferramentas para intervenções, sejam elas em ações de educação permanente, na formação ou em criação de protocolos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos enfermeiros e médicos sobre as ações de “Referência” e “Contrarreferência” na Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, formação e interesses no letramento sobre referência e contrarreferência de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde;
- Analisar a compreensão de enfermeiros e médicos sobre ações de referência e contrarreferência na Atenção Primária à Saúde.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, capaz de absorver as questões do significado e intenção dos atos inerentes às relações e estrutura social como um todo, advindas de construções humanas. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais (RS) (MINAYO, 2014), empregando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para análise dos dados qualitativos (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012). Como referencial teórico, foi considerado o modelo conceitual de continuidade do cuidado de Deeny *et al* (2017).

Para compreender o processo de Referência (R) e Contrarreferência (CR), este estudo apresentou dados descritivos ao longo de suas fases, permitindo uma interpretação quantitativa de alguns dados e uma exploração qualitativa mais profunda dos fenômenos emergidos pelos diferentes momentos do trabalho, a partir da contextualização dos discursos dos participantes (MINAYO, 2014).

A teoria das representações sociais, baseia-se na ideia de que o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações presentes em um determinado contexto histórico-social, às quais as pessoas recorrem para expressar seus pensamentos sobre os temas em debate na sociedade. Estas representações sociais são esquemas sociocognitivos utilizados para emitir juízos ou opiniões no cotidiano, tratando-se de um conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, de uma realidade comum a um conjunto social, podendo assim reconstruir, por meio de pesquisas sociais, uma dimensão qualitativa e quantitativa do que se pretende analisar (MINAYO, 2014).

O DSC é uma modalidade analítica baseada na Teoria das Representações Sociais, tendo início na obra *La psychanalyse: son image et son public*, de Serge Moscovici, de 1961, com contribuição de estudos anteriores desenvolvidos pelo sociólogo Émile Durkheim. O termo representações coletivas se referia a uma classe geral de ideias e crenças onde os pressupostos de renovação e explicação dos eventos sociais não se enquadravam nesse termo, pois, os fenômenos sociais precisavam de explicação e descrição específicas, relacionados ao modo particular de compreender e de se comunicar (MOSCOVICI, 2003).

Para enfatizar tais diferenças, Moscovici substituiu o termo “coletivas” por “sociais” reforçando que representar é um método de geração de conhecimentos, que se opõe à

determinação, e que os sujeitos sociais também eram protagonistas na construção da realidade social (MOSCOVICI, 2003).

O conceito de Representações Sociais é complexo, devido à sua polissêmia, sendo entendido como um modo específico de compreender e comunicar o conhecimento comum, com intuito de abstrair o sentido do mundo e introduzir nele, ordem e percepções, reportando assim, de uma maneira significativa (MOSCOVICI, 2003). As Representações Sociais funcionam como uma forma de interpretar a realidade, partindo da relação entre o sujeito e o objeto, recriando a realidade social experimentada, modificando-a e, conseqüentemente, alterando sua relação com o mundo (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

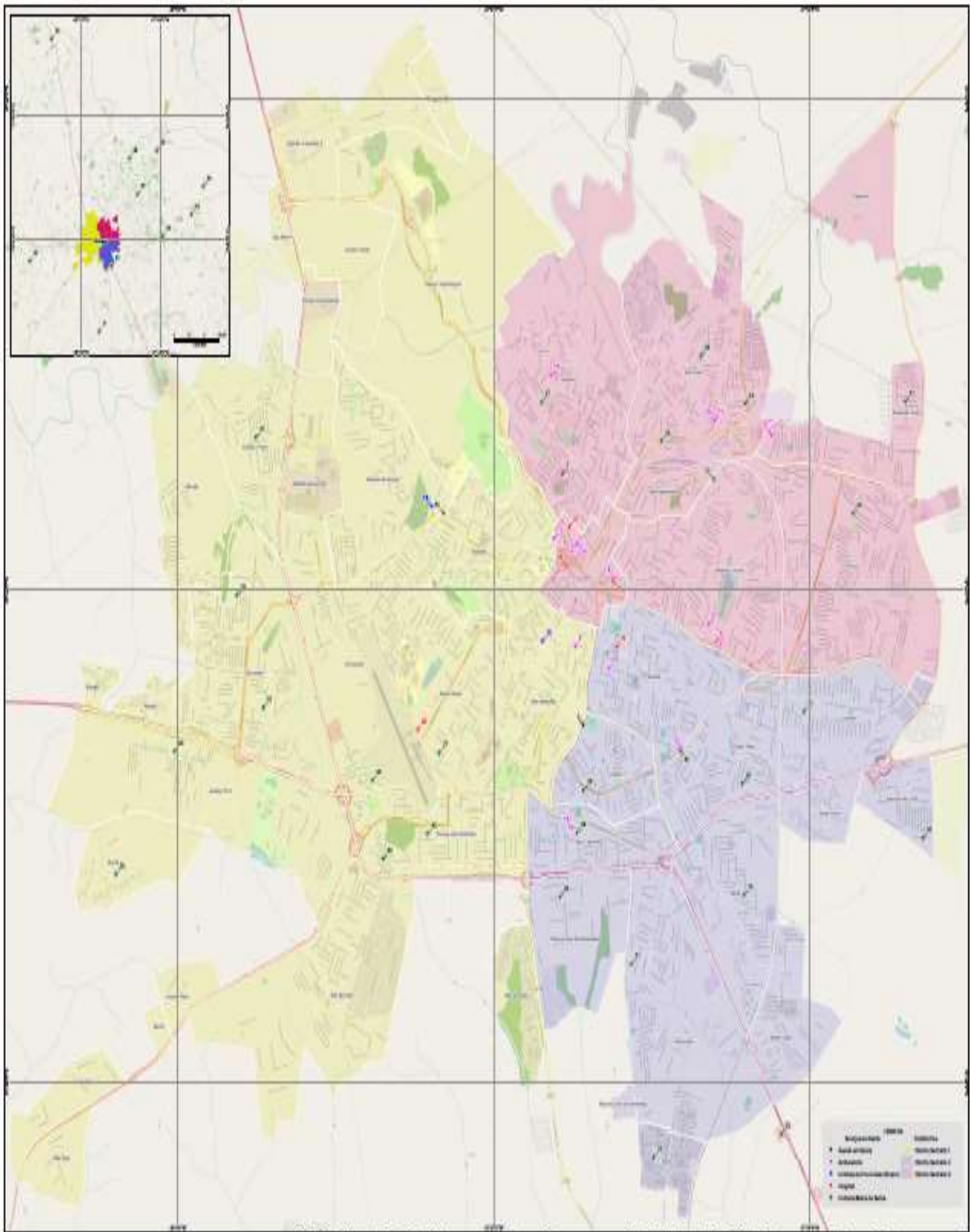
As Representações são distintas, visto que cada integrante detêm uma inespecificidade de conhecimento, popular ou não, além de experimentar ambientações socioculturais diversas, criando um esquema sociocognitivo para emitirem opiniões e ideias em seu cotidiano (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). O uso da RS contribui para a identificação de conhecimentos e compreensão de comportamentos e atitudes frente a inúmeros questionamentos emergente nas ciências da saúde (DUARTE; MAMEDE; ANDRADE, 2009).

Dessa forma, através da técnica do DSC, buscou-se a reconstruir discursivamente as representações sociais de uma coletividade, como se esta fosse a emissora de um discurso. Nesta técnica, os depoimentos coletados foram metodologicamente tratados, buscando obter o pensamento coletivo, que consistiu basicamente em analisar o material coletado nas pesquisas que têm depoimentos como sua matéria-prima, extraíndo de cada um destes as Expressões Chave (ECH) e respectivas Ideias Centrais (IC) ou Ancoragens. A partir da união das expressões-chave contendo a mesma ideia central e/ou ancoragem, foram compostos os discursos (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Foi realizado nos serviços de Atenção Primária à Saúde de Uberaba, que contempla 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades Matriciais de Saúde e duas Unidades Regionais de Saúde (URS), distribuídas em três distritos sanitários (UBERABA, 2023). A Figura 1 apresenta a distribuição destes serviços num mapa.

Figura 1: Abrangência dos Serviços de Saúde por Distritos Sanitários. Uberaba, 2023.



Fonte: Elaboração do Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social (CIFACS) e Departamento de Geografia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, através de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba

4.3 POPULAÇÃO

Este estudo inclui enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de Uberaba, como amostra intencional, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Participaram da pesquisa todos os enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba e que estivessem atuantes por, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os profissionais em licença, férias, afastamento ou aqueles que não demonstraram interesse em participar da pesquisa. Os profissionais que não concordaram ou que não atenderam aos critérios de inclusão não foram repostos.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada se deu por conveniência, com enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde de Uberaba, em duas etapas. O contato inicial ocorreu por e-mail, seguido por contato telefônico, ambas através do *Google Forms*.

As entrevistas aconteceram em setembro, outubro e novembro de 2023, utilizando um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), com nove perguntas objetivas para os dados sociodemográficos e laborais, e seis perguntas abertas sobre informações relativas à referência e contrarreferência.

Os participantes foram identificados por números seguindo a ordem de produção do material empírico. Para manter a confidencialidade, os questionários foram identificados com a letra “E” seguidas do número correspondente ao participante, de acordo com a ordem de aplicação. Sendo assim, o primeiro participante entrevistado foi representado pelo número “1” (E1), e assim por diante.

4.6 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário (APÊNDICE A) passou por validação de face, conforme Albiero (2018), que busca examinar a percepção dos entrevistados sobre o instrumento, identificando

se este permite alcançar os objetivos da pesquisa, além de auxiliar na redução de erros de medidas.

Os juízes foram convidados a participar e tiveram acesso através do *Google Forms* para mensurar parâmetros de objetividade, simplicidade, relevância e clareza. Assim sendo, uma carta convite foi enviada por e-mail aos juízes, explicando o motivo da escolha do profissional como juiz, o objetivo do estudo e informações sobre o material a ser avaliado, bem como a importância dessa avaliação para a obtenção de um instrumento de coleta de dados válido para uso. O e-mail continha um link de acesso ao formulário eletrônico, construído através do *Google Forms*, contendo o TCLE para assinatura dos juízes, caso o participante concordasse em participar do estudo, além do instrumento de coleta de dados para ser avaliado.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos foram tabulados e analisados de forma descritiva com cálculo de frequência absoluta e percentuais.

Para a análise qualitativa dos dados, referente à percepção dos profissionais entrevistados sobre o processo de referência e contrarreferência (RCR), as respostas às questões abertas foram transcritas e consolidadas no programa *Microsoft Word*. Esses dados foram submetidos ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborados por Lefevre e Lefevre na década de 1990 e atualizado em 2012, utilizando como fundamento a teoria de Representação Social (LEVEFRE; LEVEFRE, 2012).

O DSC é baseado no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações presentes em um determinado contexto histórico-social, às quais as pessoas recorrem para expressar seus pensamentos sobre os temas em debate na sociedade. Assim, busca-se reconstruir de forma discursiva as representações sociais desta coletividade, sendo o emissor de um discurso. (LEFREVE; LEFREVE, 2012).

Para a construção dos discursos, foi considerada a frequência em que cada sujeito expôs suas expressões e ideias, permitindo diferenciar o grau de compartilhamento da representação social colocada. Isso incluiu a avaliação da Intensidade (força com que as expressões-chave são dispostas) e da amplitude (mensuração uma ideia ou representação)

(LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Portanto, a sequência numérica dos discursos de cada questão está disposta de acordo com a intensidade das ideias expostas pelos entrevistados.

As porções escolhidas para retratar a essência do discurso são determinadas como expressões-chave, buscando extrair tudo aquilo que é relevante das respostas, mantendo o equilíbrio entre as intenções extremas de selecionar quase tudo ou quase nada do discurso analisado. Isso é feito para evitar tanto a dificuldade na identificação das ideias centrais, ao solucionar quase tudo, ou até mesmo a insuficiência de material para descrever a ancoragem, quando selecionado uma pequena parte da fala do entrevistado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSC utilizou-se o programa *QualiQuantsoft*[®] versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP) por Lefevre e Lefevre em parceria com Sales & Paschoal Informática. O *QualiQuantsoft*[®] é uma ferramenta facilitadora para a organização e armazenamento dos depoimentos, não substituindo, porém, a função do pesquisador.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo é parte de um projeto maior intitulado: “Referência e Contrarreferência na Prática de Enfermeiros e Médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre a Atenção Primária à Saúde e Hospital Público de Ensino”. Foi submetido e aprovado sob o parecer de número 6.221.773 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em observância às diretrizes das resoluções 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016), que tratam de pesquisas com seres humanos.

Todos os participantes que consentiram a participar do estudo receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, o destino e segurança dos dados coletados, bem como sobre as contribuições dos resultados obtidos. Eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo das informações prestadas e respeito da liberdade de participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento. Os dados serão mantidos em sigilo por um período de três anos, exigido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), garantindo assim o sigilo e confidencialidade dos participantes.

Além dos termos, foram realizadas várias reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba para prévia autorização e cooperação para a realização do estudo.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

No momento da pesquisa, havia um total de 292 profissionais (140 médicos e 152 enfermeiros), dos quais 96 participaram, sendo 53 enfermeiros e 43 médicos. A amostra foi representativa de todas as Unidades Básicas de Saúde do município. Os dados sociodemográficos estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de enfermeiros e médicos entrevistados, Uberaba, 2023.

Variável	ENFERMEIROS		MÉDICOS	
	Frequência	% do Total de Enfermeiros	Frequência	% do Total de Médicos
Sexo				
Feminino	44	83,0%	17	40,5%
Masculino	09	17,0%	25	59,5%
Idade				
20 a 29 anos	01	1,9%	3	7,1%
30 a 39 anos	26	49,0%	22	52,4%
40 a 49 anos	15	28,3%	06	14,3%
50 a 59 anos	09	17,0%	06	14,3%
60 ou mais	02	3,8%	05	11,9%
Tempo de Formação				
Até 2 anos	0	0,0%	02	4,8%
2 a 5 anos	0	0,0%	15	35,7%
6 a 10 anos	13	24,5%	05	11,9%
11 a 15 anos	21	39,6%	08	19,0%
16 a 20 anos	09	17,0%	02	4,8%
21 ou mais	10	18,9%	10	23,8%
Titulação				
Graduação	04	7,5%	09	21,4%
Especialização/	29	54,8%	28	66,7%
Residência	16	30,2%	01	2,4%
Mestrado	04	7,5%	02	7,1%
Doutorado	0	0,0%	01	2,4%
Pós doutorado				
Tempo de Atuação				
Até 2 anos	10	18,9%	17	40,5%
2 a 5 anos	16	30,2%	09	21,4%
6 a 10 anos	19	35,8%	06	14,3%
11 a 15 anos	05	9,4%	02	4,8%
16 a 20 anos	01	1,9%	02	4,8%
21 ou mais	02	3,8%	06	14,3%

Fonte: elaborada pelo autor a partir dos dados coletados, em 2023.

5.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Os discursos construídos estão dispostos de acordo com a intensidade das expressão-chave utilizadas, buscando transparecer as ideias captadas. Ao todo, foram entrevistados 53 enfermeiros e 43 médicos, representantes de todas as UBS de Uberaba, resultando em um total de 18 discursos para enfermeiros e 19 discursos para médicos.

5.2.1 Entendimento do que é Referência

Para a questão “O que você entende por ações de Referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”, foram elaborados três discursos para ambas categorias de entrevistados, dispostos na Tabela 2 para enfermeiros e Tabela 3 para médicos.

Tabela 2. Discursos dos enfermeiros sobre o entendimento do que é referência, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Conceito de Referência: integralidade, fluxos e trânsito de menor para maior complexidade</i>	<i>São ações articuladas para garantir o atendimento em sua integralidade. Referência é para onde o cliente é encaminhado para realizar o atendimento necessário naquele momento. Os fluxos de atendimento direcionando o paciente conforme sua necessidade com o compartilhamento do cuidado entre a atenção primária e a atenção especializada para direcionar o atendimento das necessidades de saúde da população, seja no âmbito primário, secundário e/ou terciário. É o encaminhamento do paciente para um centro especializado de maior complexidade quando o nível anterior não consegue suprir as demandas. O trânsito do nível menor para o de maior complexidade referenciando o paciente para especialidades que aprofundem o cuidado.</i>
<i>Fluxo de Atendimento: qualidade das informações e preenchimento de impressos.</i>	<i>Os fluxos de atendimento direcionam o paciente conforme sua necessidade para os demais níveis de atenção, constando história pregressa e a anamnese do paciente e motivo do encaminhamento com informações essenciais para agilizar e facilitar o andamento de intervenções necessárias com paciente que o local de primeiro atendimento não dispõe. Há a indicação de local/setor/profissional de atenção especializada para continuação/complementação do tratamento que está sendo executado na atenção básica para especialidades.</i>
<i>Proposta de Referência: direcionamento e encaminhamento para outro profissional e serviço para atender a necessidade do paciente</i>	<i>Abordagem do indivíduo como um todo através de diferentes níveis de assistência. Direcionar, referenciar o cliente a determinado serviço onde ocorre um encaminhamento do usuário para outra categoria profissional, que pode ser inclusive realizado dentro de um mesmo serviço, ou o encaminhamento para outro nível de atenção à saúde. A partir da necessidade do paciente de um segmento de tratamento/cuidado em um outro nível de atenção (secundária, terciária), que aquela primeira atenção não conseguiu resolver a princípio. Sendo importante a comunicação entre ambas as partes para uma determinada área para atender informações do quadro clínico deste paciente pelo profissional que já realiza seu acompanhamento. É uma ação que tem uma alta eficácia de resolução com o direcionamento do paciente encaminhado para os serviços essenciais.</i>

Tabela 3. Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é referência, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Conceito de Referência: Encaminhamento para diferentes níveis de complexidade</i>	<i>É o encaminhamento, trânsito ou direcionamento do paciente a especialidades / especialistas de outro ponto da RAS ou de atenção, com diferentes níveis de complexidade (no caso, de menor para maior), seja secundário ou terciário para sanar sua demanda de saúde.</i>
<i>Proposta de Referência: integralidade, resolutividade e comunicação entre os pontos da RAS</i>	<i>Visa o cuidado integral, esclarecer situações, dar solução completa, buscar parecer / avaliação / ação / opinião / resolução de casos que não consigo resolver e que não esteja disponível na unidade; em outras palavras, para investigação / tratamento em ambiente com especialistas / equipamentos tecnológicos ou até cirurgia. Busca a comunicação entre o nível secundário e terciário e a progressão na atenção ao paciente, bem como, encaminhamento para cuidados complementares em especialidades e, garantir a integralidade do cuidado e a articulação na RAS.</i>
<i>Áreas e condições para referenciamento: assistência multiprofissional</i>	<i>Como principais áreas de referenciamento: especialidade (s) médica (s), pronto atendimento (em caso de urgência/emergência) e assistência multiprofissional. Para isso, o encaminhamento deverá ser documentado pela Atenção Primária e realizado para outros pontos da Rede de Atenção do SUS, com resumo médico do caso, hipóteses diagnósticas e motivo.</i>

5.2.2 Entendimento do que é Contrarreferência

Sobre a questão “O que você entende por ações de Contrarreferência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”, foram elaborados quatro discursos, tanto para enfermeiros e médicos entrevistados, indicados nas Tabelas 4 e 5, respectivamente.

Tabela 4. Discursos dos enfermeiros sobre o entendimento do que é contrarreferência, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Retorno ao local de origem: do maior para o de menor complexidade</i>	<i>Trânsito do nível de maior para o de menor complexidade ou o fluxo de retorno do paciente para o local de origem após estabilidade da condição de saúde. Encaminhar novamente o paciente após resolver as demandas para um nível inferior para acompanhamento do seu tratamento. Ou seja, é a devolução do paciente para o profissional/serviço de origem para seguimento da sua assistência à saúde.</i>
<i>Devolutiva de informações e condutas para a APS</i>	<i>É o retorno de informações sobre o paciente que foi encaminhado para um atendimento especializado, para que ele retorne ao seu acompanhamento de saúde na APS. Caminho de volta da referência com as condutas realizadas para à atenção primária. Ou ainda, a devolutiva ou feedback ao local em que o paciente foi referenciado para a unidade que o encaminhou.</i>

<i>Conceito de contrarreferência: retorno do usuário ao ponto à origem</i>	<i>Encaminhamento de volta para a APS para dar continuidade / acompanhamento do cuidado; é a devolução do paciente do nível de maior complexidade (atenção secundária e ou terciária) para o de menor (atenção primária). É o retorno do usuário da especialidade ou especialista ao seu ponto de partida.</i>
<i>Contrarreferência como parte da continuidade do cuidado</i>	<i>Condutas realizadas como resposta para a solicitação do referenciamento. É o relatório que possibilite o entendimento do caso pelo profissional que irá recebê-lo novamente. São ações que não deixem o paciente desassistido (solto), sem resolução de seus problemas, de modo a garantir fluxos de atendimento e articulação entre os pontos de atenção da rede.</i>

Tabela 5. Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Trânsito do indivíduo do local de maior para o de menor complexidade com demandas cuidadas</i>	<i>É o encaminhamento do nível maior novamente para o de menor complexidade. Retorno do indivíduo a unidade que o referenciou inicialmente. É o trânsito do nível de maior complexidade para o de menor complexidade para manter acompanhamento. É devolver esse indivíduo com suas demandas cuidadas para seguimento na unidade de origem, com as devidas informações sobre o tratamento realizado e orientações posteriores.</i>
<i>Resposta da atenção secundária e terciária à demanda solicitada</i>	<i>É a resposta da atenção secundária/terciária à demanda enviada pelo profissional de atenção primária, com a avaliação e devolutiva do especialista frente ao encaminhamento recebido, inclusos informações, relatório e descrição do que foi realizado. É a contrapartida do serviço que recebeu o paciente ao serviço que o referenciou.</i>
<i>Conceito de contrarreferência: retorno do usuário ao ponto à origem</i>	<i>É a resposta do especialista para a Atenção Básica. É o retorno após avaliação do paciente. O encaminhamento para a APS com a devolutiva do nível maior (atenção secundária/terciária) para o de menor complexidade (atenção primária).</i>
<i>Contrarreferência como parte da continuidade do cuidado</i>	<i>É a contrapartida com as informações sobre o tratamento/condução realizado(a), cuidados orientados e hipóteses diagnósticas firmadas e/ou descartadas; o parecer especializado para o melhor acompanhamento do paciente, dando continuidade aos cuidados prestados; e a comunicação entre as assistências secundária e terciária com a assistência primária.</i>

5.2.3 Aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática

Na questão “Você aplica alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática? Se sim, quais?”, foram elaborados quatro discursos para os enfermeiros entrevistados, e quatro para médicos, dispostos nas Tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6. Discursos dos enfermeiros sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Uso de modelo para referência: tecnologias de informação e comunicação</i>	<i>Sim. Na atenção primária geralmente a ação é de referência a algum serviço especializado. Entrega-se ao paciente um formulário com os dados da referência indicada (por ex. UPA, CAISM, CAPS etc) e a história descrita. Os formulários do município para fazer os encaminhamentos manuscritos não seguem modelo pré-determinado, apesar de serem padronizados. Além disso, há o envio de e-mails, com a finalidade de comunicação entre os profissionais que prestam a assistência, e cartas a colegas que vão receber o usuário em outro serviço.</i>
<i>Referenciamento para especialidades</i>	<i>Sim. Ocorrem encaminhamentos de pacientes para outros níveis da RAS e acompanhamento daqueles que retornam da atenção terciária para a primária. A Referência é realizada para média e alta complexidade quando em atendimentos é necessário encaminhar o paciente para nível secundário ou para atendimento de urgência. As ações da atenção secundária são realizadas pelas especialidades centradas em locais como CEMDHI, CAISM, CRAS, CAPS, SIAP, CTA. Os Encaminhamentos para CAPS ocorrem em demandas psiquiátricas e para o CAISM em demandas ginecológicas, como em casos de alteração na coleta de citopatológico. Também ocorrem Encaminhamentos para especialidades como Endocrinologia e outros: pré-natal de alto risco na rede hospitalar, gestantes para realização de exames laboratoriais, mastologia para pacientes jovens e pacientes com câncer de colo uterino. Em situações de urgência, referencia-se para UPA ou Hospitais, Hospital da criança, Hospital dia, PA.</i>
<i>Referenciamento clínico e social</i>	<i>Sim. Encaminha-se também: pacientes para vacinação, à equipe multiprofissional (médico, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro, nutricionista, dentista), ao banco de leite, as outras unidades, ao Melhor em Casa, a Unidade Dia, crianças com violação dos seus direitos, idoso com vulnerabilidade social, violência com a mulher, colaboradores que necessitam de suporte de especialista; em caso de acidente de trabalho, a grupos de acompanhamento/ terapêuticos (ex: grupos de antitabagismo, hiperdia), pré natal, planejamento familiar, HAS e DM descompensado, tratamento de feridas, serviço psicológico e/ou social.</i>
<i>Suporte da Atenção Especializada</i>	<i>Sim. A Atenção especializada é referência para a Atenção Básica, no caso de pacientes que necessitam do suporte para o tratamento de doenças crônicas e para a Atenção Terciária, ao contrarreferenciar os pacientes que passaram por procedimentos (ex: colostomia, deiscência de ferida operatória) e apresentaram intercorrências, necessitando de atendimento médico. No cotidiano é prática normal encaminhar para atendimento especializado, sempre que se vê a necessidade de sua intervenção, e receber pacientes referenciados dos níveis especializados para dar seguimento em seu acompanhamento.</i>

Tabela 7. Discursos dos médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>A comunicação na</i>	<i>Sim. As ações de referência e contrarreferência objetivam orientar a organização</i>

<i>transição de cuidados a partir de ações de referência e contrarreferência</i>	<i>das práticas voltadas à construção de um cuidado integral e a vivência das situações reais, uma medicina voltada ao paciente. Os Encaminhamentos podem ser por escrito, descrevendo corretamente o caso e especificando a necessidade do mesmo naquele momento. Além disso, podem ser realizados pelo PEP/sistema de saúde eletrônico, pela comunicação direta por telefone ou intermediado por profissionais da SMS. É realizada a orientação do paciente, a descrição do procedimento no prontuário e carta ao clínico que vai recebê-lo.</i>
<i>Fluxo de encaminhamento entre os níveis de atenção</i>	<i>Sim. Encaminha-se à rede de atendimento: ao NASF, à atenção secundária e terciária. Referencia-se seguindo protocolos, necessidades de avaliações de especialistas e de procedimentos, exames mais complexos. Encaminha-se casos ao pronto atendimento (UPA), para serviço de urgência e emergência, e a especialidades focais, conforme necessário aos pacientes.</i>
<i>Referenciamento para especialidades médicas e equipe multidisciplinar</i>	<i>Sim. Os especialistas auxiliam na melhor tomada de decisão e no acompanhamento do paciente. Assim, há encaminhamento para medicina fetal, endocrinologia, e outras especialidades de atenção secundária que se fizerem necessárias, como: fisioterapia e reabilitação, nutricionista, dentista, neurologia, cardiologia, dermatologia, ortopedia e demais membros de equipe multidisciplinar. Além disso, há referências para hospitais em casos de cirurgia e gestantes para pré-natal de alto risco</i>
<i>Insuficiência no contrarreferenciamento</i>	<i>Sim, mas há pouco acesso à contrarreferência. Nesta, ocorre o recebimento de pacientes vindos de níveis mais complexos para seguimento. Os profissionais da UPA, os pré-natais de alto risco e o banco de leite costumam contrarreferenciar. No caso do banco de leite, acontece após avaliação e assistência ao binômio mãe/ bebê para manter o cuidado na atenção básica.</i>

5.2.4 Necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões

Para a questão “Você acha que devem acontecer mudanças nas práticas de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.”, foram elaborados três discursos para os enfermeiros entrevistados (Tabela 8), e quatro para médicos (Tabela 9).

Tabela 8. Discursos dos enfermeiros sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Mudanças necessárias e especialmente na contrarreferência</i>	<i>Com certeza, pois quando referenciamos para um atendimento especializado na maioria das vezes às instituições que atendem os pacientes não contrarreferenciam à APS, dificultando o acompanhamento e seguimento. Ficamos quase sempre sem informação da evolução clínica, e nem do registro no prontuário como deveria. Também, em sua grande maioria, os encaminhamentos não são resolutivos pela carência de profissionais, e ou serviços disponíveis. As ações na referência e contrarreferência devem ser vistas com seriedade por todos os profissionais envolvidos no processo, para maior resolutividade e o tempo de resposta deve ser mais rápido.</i>
<i>Melhoria na</i>	<i>Sim, melhorar a comunicação e informatização entre os serviços e ferramentas</i>

Tecnologia da Informação e Comunicação	online para otimizar recursos e procedimentos (não apenas por papel), bem como, rever fluxos, protocolos e normas, como parte do processo de trabalho, pois hoje, o fluxo da RAS, não é bem estabelecido, devido a cada setor possuir um prontuário/sistema diferente um do outro. É necessário criar-se prontuário único e regulação das ações de referência e contrarreferência e, a padronização nos fluxos e formulários utilizados por todos os serviços de saúde do município; assim como, se facilitar o acesso do profissional ao histórico de saúde do paciente. Além disso, todos os pacientes em alta, deveriam ser comunicados à estratégia de saúde da família e, referenciar-se via e-mail para otimizar a comunicação e a busca ativa.
Ações de educação permanente	Sim, treinar toda a rede do SUS, educação permanente para todos os profissionais, mostrando notadamente: a) importância de se referenciar o paciente para ter um melhor atendimento; b) aperfeiçoamento na descrição dos motivos que levaram o profissional a referenciar para outro serviço.

Tabela 9. Discursos dos médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

Títulos dos discursos	Discurso do sujeito coletivo
Organização dos serviços na rede de atenção à saúde	Sim, é preciso organizar os serviços em todos os níveis de atenção, com objetivo de fornecer o suficiente para resolver e melhorar (como um todo), a demanda dos indivíduos principalmente, as longas filas para especialista e exames, sendo importante, critérios claros para evitar-se exames e consultas desnecessárias, para continuidade do cuidado, melhorando qualidade e eficácia dos serviços ofertados e acompanhamento dos indivíduos.
Melhoria na Tecnologia da Informação e Comunicação	Sim, seria importante ter acesso virtual integrado mostrando todas as avaliações e acompanhamentos dos pacientes para os locais referenciados, pois na atenção primária não temos informações quando o mesmo é atendido na UPA ou em ambiente hospitalar, além dos exames realizados. Criação de formulários de referência/contrarreferência e que o profissional dentro da RAS tenha a possibilidade de acesso a uma área de resposta da contrarreferência. Outra sugestão, seria a adesão a cadernetas (como ocorre com as gestantes no pré-natal) que poderiam ser utilizadas para segmentos de demais patologias, facilitando a comunicação entre diferentes serviços.
Obrigatoriedade da comunicação remota e do preenchimento do prontuário eletrônico	Sim, deveria haver um canal de comunicação mais ágil, um acesso remoto, com guias digitais, em prontuário único, 100% eletrônico, com melhor descrição médica acerca das condutas e plano terapêutico (visto que muitas vezes o paciente não compreende o porquê está sendo referenciado) e, que abarque toda a RAS. O processo de comunicação seria por meio desse prontuário e com abas de referência – ao acolher o paciente em algum ponto da rede – que poderia ser obrigatória para fechamento da consulta, bem como, a contrarreferência deveria ser, totalmente em prontuário eletrônico, de preenchimento obrigatório, pois sem a obrigatoriedade, poucos farão.
Importância das ações de educação permanente	A ideia teórica da referência/ contrarreferência é excelente, porém não funciona na prática, devido à falta de conhecimento, o que pode ser garantido através das atividades de educação permanente. São importantes, a capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos no atendimento com medidas de conscientização sobre o trabalho conjunto entre ESF e especialista, incluso, o debate sobre a elaboração de ações de referência e contrarreferência de modo detalhado.

5.2.5 Importância de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões

Sobre a questão “Você acha que devem ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.”, foram elaborados quatro discursos para ambas categorias, apresentados nas Tabelas 10 e 11, respectivamente.

Tabela 10. Discursos dos enfermeiros acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Ações de EP para melhoria da comunicação, fluxos e protocolos</i>	<i>Sim, especialmente sobre fluxos corretos que realmente funcionem e, protocolos que apontem quando e que demandas as instituições devem referenciar e contrarreferenciar e que os três níveis de atenção o sigam, especialmente o secundário e terciário. Além disso, a EP pode proporcionar a elaboração de estratégias como: canal de comunicação exclusivo para serviços de R- CR, check-list, fluxogramas e protocolos para a melhoria de estratégias e comunicação entre os profissionais.</i>
<i>EP para motivar, melhorar resolutividade e no âmbito multiprofissional</i>	<i>Sim, de modo multiprofissional levando informação a todos funcionários, despertando interesse na equipe e motivando a importância do processo, inclusive gestores. Isso, para melhorar a capacidade de comunicação e resolutividade entre os profissionais e diferentes níveis de atenção.</i>
<i>EP utilizada para abordagem conceitual e de processos na R-CR</i>	<i>Sim, é preciso EP, para se discutir o como fazer R-CR corretamente, bem como, o seu conceito e sua importância, além de critérios e a atualização nos fluxos, pois sempre tem mudanças, mas não somos comunicados. Mesmo questões como preencher uma guia, se em papel, se via e-mail, se pelo sistema, como preencher um relatório completo.</i>
<i>Impacto da EP na atenção à saúde do usuário: resolutividade e otimização de recursos</i>	<i>Sim. A EP pode: melhorar estratégias, integrar e divulgar os níveis de atenção à saúde e, indiretamente prevenir hospitalizações, dar celeridade ao processo e melhorar a assistência à saúde para a população, bem como evitar o acesso do usuário a diversos serviços de saúde sem resolutividade, reduzir o abandono e/ou descontinuidade do cuidado e gerar impacto na fila de espera.</i>

Tabela 11. Discursos dos médicos concernente as atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Ações de EP para integração entre atenção básica e especializada</i>	<i>Sim, devem ocorrer as ações de EP acerca de R-CR, destacando a urgência de medidas concretas para fortalecer a integração entre a atenção básica e especializada, direcionado a emissão obrigatória de relatórios, a definição clara de critérios de encaminhamento e a melhoria de fluxo para garantir um acesso mais efetivo dos pacientes aos serviços de referência.</i>

<i>EP para abordagem conceitual e importância do profissional na R e CR</i>	<i>Sim, ações explicativas sobre referência e contrarreferência, (conceito) e o reconhecimento do valor do tempo profissional, (aprimoramento).</i>
<i>EP para o Aprimoramento no processo de referência</i>	<i>Sim, é necessário capacitações técnicas focadas nos critérios de encaminhamento, visando aprimorar a qualidade das referências. Enfatizar a importância de melhorar a descrição dos dados durante o processo de referência, buscando referenciais que verdadeiramente indiquem a necessidade de encaminhamento, contribuindo assim para a eficácia e aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde.</i>
<i>EP para melhorar as práticas profissionais</i>	<i>Sim, abordagem que promova a constante busca por conhecimento, estimulando a troca de experiências e o desenvolvimento conjunto. É extremamente necessária a preparação do profissional para as práticas. Propor medidas que não apenas auxiliem no processo de trabalho, mas também respeitem as necessidades reais dos profissionais de saúde, reconhecendo a complexidade e a individualidade de cada trajetória profissional.</i>

6 DISCUSSÃO

6.1 EXPLORAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A maioria dos profissionais da enfermagem são do sexo feminino (83%), o que corrobora achados de outros trabalhos, como o de Verçosa, Da Silva Lima (2020), Da Silva (2021) e Menegaz (2023). Já entre os profissionais da medicina, 40,5% são do sexo feminino e 59,5% do sexo masculino. Apesar de alguns estudos com médicos apresentem uma certa paridade, a presença feminina tende a ser predominante, como nos estudos de Carvalho Filho (2020), Sassi *et al* (2020) e Romero (2020), diferente dos dados aqui apresentados.

Observou-se que 94,3% dos enfermeiros entrevistados têm entre 30 e 59 anos, sendo a maioria na faixa de 30 e 39 anos (49%). Entre os médicos entrevistados, 81 % estão na faixa de 30 e 59 anos, com maioria entre 30 e 39 anos (52%). O que difere as duas categorias é que quase 12% dos médicos entrevistados têm mais de 60 anos, o que está de acordo com o estudo de Franco, Giovanella, Bosquat (2023) e Oliveira *et al* (2023), enquanto apenas 3,8% dos enfermeiros estão nessa faixa etária.

Em relação ao tempo de formação e titulação acadêmica, todos os enfermeiros têm mais de 5 anos de formação, com maioria entre 11 e 15 anos de formação (39,6%), e apresentam especialização ou residência (54,8%). Já entre os médicos, a maioria tem entre 2 e 5 anos de formação (35,7%), porém, ressalta-se que 23,8% tem mais de 21 anos de formação. A maioria também possui residência ou especialização (66%). Apesar de grande parte dos enfermeiros apresentar titulação de mestre (30,2%), o baixo número de profissionais médicos com pós-graduação *stricto sensu* (11,9%) pode estar relacionada à falta de incentivo ou valorização de profissionais pesquisadores no campo de prática, exemplificado pelo estudo de Müller, Schröder (2023), que constata que a maioria dos profissionais não se sentem seguros sobre a empregabilidade na área acadêmica, desestimulados também pela insuficiência de políticas públicas educacionais (MÜLLER; SCHRÖEDER, 2023; SANTOS; TOZETTO, 2023).

Analisando o tempo de atuação dos profissionais entrevistados observa-se que a maioria dos enfermeiros têm no máximo 15 anos de atuação (94,3%), com 35,8% desses profissionais atuando entre 6 e 10 anos, enquanto a maioria dos médicos tem até 2 anos de atuação (40,5%). Também é importante ilustrar que muitos médicos entrevistados já trabalham na rede há mais de 20 anos (14,3%), o que difere dos enfermeiros. Esses achados

são semelhantes ao estudo de Franco, Giovanella, Bosquat (2023), que mostram que a maioria dos médicos têm menos de um ano de atuação nas equipes à qual estão vinculados.

6.2 O ENTENDIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE O QUE É REFERÊNCIA

A Tabela 12 apresenta os discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento sobre o que seja referência.

Tabela 12. Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é referência, , Uberaba, 2023.

<i>DSC</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Médicos</i>
<i>Discurso 1</i>	<i>Conceito de Referência: integralidade, fluxos e trânsito de menor para maior complexidade</i>	<i>Conceito de Referência: Encaminhamento para diferente níveis de complexidade</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Fluxo de Atendimento: qualidade das informações e preenchimento adequado de impressos.</i>	<i>Proposta de Referência: integralidade, resolutividade e comunicação entre os pontos da RAS</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>Proposta de Referência: direcionamento e encaminhamento para outro profissional e serviço para atender a necessidade do paciente</i>	<i>Áreas e condições para referenciamento: assistência multiprofissional</i>

Ao discutir o significado de “referência”, nos primeiros discursos de ambas categorias intitulos Conceito de Referência, é nítido que a atenção está voltada para o ir e vir do paciente dentro da RAS, do menor para maior complexidade, alinhando-se com a maioria dos conceitos de referência e contrarreferência (WITT, 1992; AUED, 2019), ou até mesmo com o conceito mais antigo de encaminhamento, conforme os Descritores em Ciências da Saúde: DeCS (2023), o que possivelmente retrata a realidade vivenciada na prática.

No discurso “1” dos enfermeiros, a integralidade destaca-se como ponto principal do conceito de referência, enquanto isso é menos enfatizado no discurso dos médicos, conforme o discurso “2” . O princípio da integralidade, previsto no Art. 7, parágrafo II, abrange um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os

níveis de complexidade (BRASIL, 1990). A continuidade do cuidado, e desta o referenciamento e contrarreferenciamento, só é possível quando integrada com a ideia de integralidade (FIORENZA *et al.*, 2023).

Um sistema de saúde organizado tem sua rede bem estruturada e comunicante entre si, otimizando tempo e recurso, tanto do paciente quanto do próprio sistema. A articulação entre os pontos da RAS trazida nos discursos “1” de enfermeiros e médicos é relevante, pois um cuidado continuado só é possível com um rígido monitoramento do processo de RCR. Para isso, termos de transferência de cuidado, mesmo que centrados no ambiente hospitalar, são necessários. A transferência de cuidado (*handoff* ou *handover*) consiste na transferência da responsabilidade do cuidado do paciente, ou grupo de pacientes, para outra pessoa ou grupo de profissionais, de forma temporária ou definitiva (MERTEN; VAN GALEN; WAGNER, 2017).

Por mais que o conceito de transferência do cuidado tenda a ser interpretado como uma forma de passar a responsabilidade para o outro, quebrando o vínculo e indo contra a ideia de continuidade do cuidado, este faz parte de um conjunto de ações articuladas que, realizadas em conjunto, possibilitam justamente essa continuidade (MELO *et al.*, 2019). O trânsito do paciente entre os pontos da RAS é visto de forma intensa nos discursos sobre “o que é referência” dos profissionais da APS, mesmo que esse conceito esteja intimamente ligado a um momento clínico em níveis de atenção secundária e terciária.

A preocupação com a qualidade das informações e preenchimento correto dos impressos, buscando melhorar a comunicação entre os pontos da RAS, enfatizando os discursos “2” de ambas categorias, e de forma sutil no discurso “3” dos médicos, mostra uma sofisticação do que antes era chamado de encaminhamento. Mendes (2011) em outras palavras, argumenta que o ato de referenciar e contrarreferenciar vai além do encaminhamento, o que mostra uma preocupação sobre a continuidade desse processo, na medida em que neste ato de “ir” ou referenciar, o profissional deve informar as razões pelas quais este paciente está sendo referenciado.

De forma contemporânea, essa preocupação com a qualidade das informações presente nos discursos “2” de enfermeiros e “3” de médicos, está diretamente ligada à dimensão conceitual de Deeny (2017), denominada continuidade informacional. Essa dimensão considera o registro e disponibilidade das informações do paciente para os profissionais da

rede de saúde, desde a transferência desta informação até o conhecimento acumulado sobre o paciente em si, conhecendo e respeitando valores e preferências, incluindo-os no planejamento do cuidado.

Além do trânsito do paciente entre os níveis de atenção, o discurso “3” dos enfermeiros destaca a importância da participação de outros profissionais nesse processo corroborando com a ideia de que a responsabilidade pelos problemas de saúde deve ser compartilhada de forma multiprofissional e interdisciplinar, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os fatores sociais, emocionais, culturais e ambientais (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

6.3 O ENTENDIMENTO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE O QUE É CONTRARREFERÊNCIA

Os títulos dos discursos sobre o entendimento de enfermeiros e médicos sobre o que é contrarreferência estão dispostos na Tabela 13.

Tabela 13. Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência. Uberaba, 2023.

<i>DSC</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Médicos</i>
<i>Discurso 1</i>	<i>Retorno ao local de origem: do maior para o de menor complexidade</i>	<i>Trânsito do indivíduo do local de maior para o de menor complexidade com demandas cuidadas</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Devolutiva de informações e condutas para a APS</i>	<i>Resposta da atenção secundária e terciária à demanda solicitada</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>Conceito de contrarreferência: retorno do usuário ao ponto à origem</i>	<i>Conceito de contrarreferência: retorno do usuário ao ponto à origem</i>
<i>Discurso 4</i>	<i>Contrarreferência como parte da continuidade do cuidado</i>	<i>Contrarreferência como parte da continuidade do cuidado</i>

A compreensão sobre o que é contrarreferência por ambas categorias têm maior intensidade sobre o retorno ao local de origem ou trânsito do maior para o menor local de complexidade da RAS, o que está alinhado com os conceitos diretos de contrarreferência,

sendo o oposto de referência (WITT, 1992; AUED, 2019).

Existe uma preocupação, principalmente nos discursos “1” de ambas categorias, de que o retorno aconteça após resolução do motivo pelo qual o paciente foi referenciado. Essa perspectiva reflete uma preocupação com a resolutividade das demandas referenciadas, que é um dos maiores triunfos alcançados quando a continuidade dos cuidados, notadamente a contrarreferência, é realizada de forma eficaz, reduzindo o número de reinternações e otimizando recursos do sistema (MACHADO; SIQUEIRA, 2023).

De forma sintética, os discursos “2” de enfermeiros e médicos tratam de devolutiva ou resposta dada à demanda referenciada, além do retorno ao local de origem. Esse ponto está alinhado ao conceito proposto por Mendes (2011), que traz a contrarreferência, como informações sobre o que foi realizado para o indivíduo, os resultados alcançados e as recomendações para a para a continuidade do cuidado na APS, incluindo informações sobre o retorno, caso necessário. Torna-se necessário trazer novamente a importância da dimensão de continuidade informacional de Deeny para o processo como um todo, visto que cada detalhe deve ser considerado para que não haja falhas na continuidade do cuidado.

Nesse momento fica nítido o foco dos profissionais sobre o ir e vir do paciente, que se aproxima do conceito de transição de cuidado, mostrando talvez o desconhecimento sobre a importância desse momento para a continuidade do cuidado. A contrarreferência é uma das principais estratégias de garantir a continuidade do cuidado quando há retorno ao local de origem, reunindo as decisões assistenciais e administrativas definidas, além de que sua inexistência gera a descontinuidade da assistência (LIMA *et al.*, 2023).

Chama atenção nos discursos, a importância dada à documentação do processo. Na maioria dos municípios, incluindo Uberaba, não há uma padronização de um instrumento para esse processo, deixando subentendido a (ir)relevância dada a este momento. A comunicação entre os pontos da RAS em Uberaba é ineficaz, pois cada ponto utiliza um sistema de informação diferente inclusive entre os pontos da atenção terciária. A ausência de protocolos e o desconhecimento da RAS em sua completude são alguns dos principais fatores que contribuem para a descontinuidade do cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

A preocupação com a subjetividade na relação de cuidado entre paciente e profissional (continuidade interpessoal) não é abordada em nenhum momento quando se discute continuidade do cuidado. Da mesma forma, a preocupação com os processos de coordenação

(continuidade gerencial), que envolve a colaboração efetiva entre as equipes e serviços de saúde de diferentes níveis para a prestação de um cuidado coeso, conforme colocado no conceito de Deeny *et al* (2017), são dimensões indispensáveis aqui apresentadas.

6.4 APLICAÇÃO DE AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

Os títulos dos discursos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática estão aqui apresentados na Tabela 14.

Tabela 14. Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática.

<i>DSC</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Médicos</i>
<i>Discurso 1</i>	<i>Uso de modelo para referência: tecnologias de informação e comunicação</i>	<i>A comunicação na transição de cuidados a partir de ações de referência e contrarreferência</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Referenciamento para especialidades</i>	<i>Fluxo de encaminhamento entre os níveis de atenção</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>Referenciamento clínico e social</i>	<i>Referenciamento para especialidades médicas e equipe multidisciplinar</i>
<i>Discurso 4</i>	<i>Suporte da Atenção Especializada</i>	<i>Insuficiência contrarreferenciamento</i> <i>no</i>

Ao serem indagados sobre as ações de referência e contrarreferência aplicadas nas práticas rotineiras, aparece com maior intensidade em ambas categorias a dimensão informacional do processo. Essa dimensão considera o registro e disponibilidade das informações do paciente para os profissionais da rede de saúde, desde a transferência desta informação até o conhecimento acumulado sobre o paciente, conhecendo e respeitando valores e preferências, incluindo-os no planejamento do cuidado (DEENY *et al.*, 2017).

No discurso “1” dos enfermeiros, destaca-se a atenção dada ao instrumento entregue ao paciente no momento do referenciamento, mesmo não seguindo os modelos pré-

determinados pelo serviço. A ausência de padronização de um instrumento para a realização da continuidade adequada do cuidado e sua eventual não utilização é um dos principais desafios do processo, principalmente na contrarreferência (SILVA *et al.*, 2017).

Já no discurso “1” dos médicos, além da importância nas informações a serem compartilhadas, há também uma preocupação pela documentação do processo, inclusive utilizando diversos meios de comunicação nesse momento, como o prontuário eletrônico e carta manuscrita. No entanto, a RAS de Uberaba não possui um meio padronizado para esse processo. Enquanto a atenção primária do município busca uma constante atualização do sistema, realizando mudanças e capacitações sempre que necessário, esse sistema não é integrado em todo o município, impedindo o acesso da atenção secundária e terciária às informações da atenção primária e vice-versa. Essa lacuna pode ser superada com ações de fortalecimento de comunicação, começando com a utilização de registro eletrônico de saúde para o compartilhamento de informações (OLIVEIRA *et al.*, 2023), que seja comum entre os pontos da RAS.

Nos discursos “2” de ambas categorias, nota-se que as ações estão diretamente ligadas ao momento em que a APS não é suficiente para suprir a necessidade da população, necessitando do apoio das especialidade. Nesse momento, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA’s) surgem como principais pontos mediadores, sobrecarregando esse ponto da RAS. Sabe-se que os serviços das UPA’s são insuficientes para evitar a superlotação hospitalar e deveriam ser apenas apoio às UBS’s nos finais de semana, também sendo insuficientes na resolução das demandas espontâneas não atendidas da atenção primária. Logo, a falta de harmonia entre os serviços gera prejuízos para o sistema como um todo (MEZARROBA *et al.*, 2021).

Os discursos “4” dos enfermeiros e “3” dos médicos ressaltam a necessidade de apoio das especialidades, trazendo como dúvida se toda a potencialidade e da própria APS está sendo explorada, até por desconhecimento sobre o funcionamento da RAS. Conhecer melhor a RAS facilita a continuidade do cuidado, o que pode ser um dos principais entraves vivenciados nesse processo, como visto nos estudos de Miorin *et al* (2020) e Mezarroba *et al* (2021).

Portanto, é fundamental que todos os profissionais atuantes conheçam cada ponto da RAS e dominem os fluxos estabelecidos. Há uma dificuldade em reconhecer a APS como

responsável pela continuidade do cuidado. Além disso, é importante reconhecer a necessidade de solicitar apoio sempre que necessário, visando responder de forma efetiva às demandas da população (UTZUMI et al, 2020). Dessa forma, a dimensão gerencial trazida por Deeny (2017) pode ser plenamente experienciada, uma vez que discorre sobre a coordenação dos serviços de saúde, para garantir o cuidado de forma integral, coesa, complementar e interativa dentro da RAS.

No terceiro discurso dos enfermeiros, intitulado “Referenciamento Clínico e Social”, aponta-se que a continuidade do cuidado requer a participação de muitos profissionais, como psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas e dentistas, além do enfermeiro e do médico. Essa preocupação remete, às dimensões interpessoal, longitudinal e gerencial de continuidade do cuidado de Deeny *et al* (2017), pois envolve a subjetividade da relação entre paciente e profissional, o histórico desse paciente e a colaboração entre diferentes profissionais e serviços de saúde. Portanto, a colaboração em conjunto entre profissionais de cada área da saúde poderá alcançar a integralidade do cuidado de forma contínua (OLIVEIRA *et al.*, 2024).

O discurso “4” dos médicos traz o foco para a contrarreferência, deixando evidente que poucos pontos da rede a praticam. A contrarreferência não é uma prática comum dos serviços de saúde, que se deve à fragilidade de articulação da RAS, tecnologias de informação e comunicação ineficientes, além da não conscientização e empenho dos profissionais (ALMEIDA *et al.*, 2021). Em alguns casos, as falhas na comunicação entre os pontos da RAS acarreta aos familiares a responsabilidade de compartilhar as informações que deveriam estar na contrarreferência (BERNARDINO *et al.*, 2023).

6.5 MUDANÇAS NECESSÁRIAS NAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E AS SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Os discursos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões estão representados na Tabela 15.

Tabela 15. Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e suas sugestões.

DSC	Enfermeiros	Médicos
<i>Discurso 1</i>	<i>Mudanças necessárias especialmente na contrarreferência</i>	<i>Organização dos serviços na rede de atenção à saúde</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Melhoria na Tecnologia da Informação e Comunicação</i>	<i>Melhoria na Tecnologia da Informação e Comunicação</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>Ações de educação permanente</i>	<i>Obrigatoriedade da comunicação remota e do preenchimento do prontuário eletrônico</i>
<i>Discurso 4</i>		<i>Importância das ações de educação permanente</i>

O que os médicos destacaram sobre a ausência de resposta à referência na questão anterior, torna-se evidente no discurso “1” dos enfermeiros. O título “Mudanças Necessárias Especialmente na Contrarreferência” não apenas sugere uma necessidade de mudança, mas também soa como um apelo dos enfermeiros da APS. Uma contrarreferência insuficiente ou inexistente dificulta a continuidade do cuidado, podendo levar a complicações futuras, como requerimento de serviços de urgência e emergência ou até reinternações (ALIEVI *et al.*, 2023).

Os médicos demonstram maior preocupação em firmar a necessidade de oferecer serviços capazes de atender toda a população de maneira organizada, qualificada e eficaz, sendo possível remeter à dimensão gerencial da continuidade do cuidado (DEENY *et al.*, 2017). É necessário reconhecer que um serviço de saúde, seja ele qual for, é definido pela organização dos processos de trabalho, relações entre as equipes e condições de infraestrutura (ACYLINO; ALMEIDA; HOFFMANN, 2021), dependendo ainda do rompimento de lógicas de sistemas fragmentados, permitindo que o paciente percorra um trânsito lógico, integral e de fácil acesso dentro da rede (POLIDO; JULIANI; PILKINGTON, 2021).

Nos discursos subsequentes desse tópico, tanto enfermeiros quanto médicos sugerem uma melhoria nas tecnologias de informação e comunicação (TICs), sendo colocados como título desses discursos. As TICs são importantes ferramentas na reorganização dos serviços em rede, porém, sua funcionalidade depende da capacitação dos profissionais para a condução e manejo dessas (SILVA; SHIMOCOMAQUI, 2023). Seu uso está diretamente relacionado à facilitação e velocidade no acesso, de forma a otimizar o serviço prestado (SANTANA *et al.*,

2020; CIRNE *et al.*, 2023).

As TIC's têm grande potencial do ponto de vista gerencial do processo, pois facilitam o acesso às informações e permitem o controle do gestor como um todo sobre a população (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Tal premissa consolida um retorno positivo de investimentos e comunicação eficiente na continuidade do cuidado, buscando sempre a horizontalidade e integralidade nas ações (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2021). No entanto, a falta de sistemas unificados fragmenta esse controle, como é visto na RAS de Uberaba e trazido nos discursos “2” de ambas categorias, onde cada ponto da rede utiliza de sistemas diferentes e não comunicantes entre si.

A sugestão de obrigatoriedade, conforme colocado no terceiro discurso dos médicos, pode remeter a uma dessensibilização ou até deficiência de conhecimento sobre a importância de cada etapa do processo de continuidade do cuidado. É essencial entender que o processo de RCR não é apenas mais uma tarefa imposta em suas obrigações, mas sim um complemento de suas atribuições contribuindo para a continuidade do cuidado (PEREIRA; SOUSA; DUARTE, 2020).

Notadamente, tanto enfermeiros e médicos, embora com menor intensidade em seus discursos, sugerem ações de educação permanente em saúde (EPS), justificando a insuficiência na prática devido à falta de conhecimento e aperfeiçoamento sobre o tema, conforme a fala “*A ideia teórica da referência/ contrarreferência é excelente, porém não funciona na prática, devido à falta de conhecimento, o que pode ser garantido através das atividades de educação permanente*”. Desse modo, além de qualificar os profissionais atuantes da rede pública, é preciso também promover ações de educação em saúde com os pacientes, desde o primeiro momento em que ele adentrar a RAS (MUNDSTOCK *et al.*, 2022).

As ações de educação permanente, têm o intuito de valorizar a interdisciplinaridade e trabalho em equipe, além de promover a qualificação profissional (GOMES; CORVINO, 2023), aspectos fundamentais para um fazer contínuo do cuidado. As EPS buscam preencher as lacunas da formação acadêmica e qualificação do profissional, transformando as práticas de saúde através de um processo de reflexão-ação desses profissionais sobre suas práticas, direcionando-as para o que se deseja alcançar (DOLNY *et al.*, 2020).

6.6 IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E AS SUGESTÕES DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Os títulos dos discursos sobre a percepção dos enfermeiros e médicos acerca da necessidade de atividades de educação permanente em ações de referência e contrarreferência e sugestões estão representados na Tabela 16.

Tabela 16. Títulos dos discursos dos enfermeiros e médicos relacionados a atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

<i>DSC</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Médicos</i>
<i>Discurso 1</i>	<i>Ações de EP para melhoria da comunicação, fluxos e protocolos</i>	<i>Ações de EP para integração entre atenção básica e especializada</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>EP para motivar, melhorar resolutividade e no âmbito multiprofissional</i>	<i>EP para abordagem conceitual e importância do profissional na R e CR</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>EP utilizada para abordagem conceitual e de processos na R-CR</i>	<i>EP para o Aprimoramento no processo de referência</i>
<i>Discurso 4</i>	<i>Impacto da EP na atenção à saúde do usuário: resolutividade e otimização de recursos</i>	<i>EP para melhorar as práticas profissionais</i>

Destaca-se que 100% dos entrevistados compreendem a importância de ações de educação permanente, demonstrando preocupação com sua qualificação profissional e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

No discurso “1” dos enfermeiros, além de uma conotação crítica sobre a relevância da participação dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, foram sugeridas práticas de educação permanente em saúde (EPS) direcionadas à criação de protocolos e esclarecimento sobre o fluxo correto da RAS, no intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais. Desde 2017, a resolução 569/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre as competências necessárias para a formação profissional, elenca a comunicação e relações interpessoais como fundamentais para a prestação de um cuidado seguro e de qualidade

(BRASIL, 2018).

Outrossim, no discurso “1” dos médicos foi sugerido como tema de EPS a integração entre os pontos da RAS, visto a responsabilidade de serem os ordenadores dos serviços. Para que essa integração aconteça, é necessária uma comunicação eficaz, que só acontece quando os participantes têm consciência do contexto em que estão inseridos (BETTINE, 2017), que, nesse caso, seria a RAS. Ponderar sobre a APS como ordenadora dos cuidados dentro da rede (BRASIL, 2017) faz com que seja fundamental que todos os profissionais nela atuantes tenham total domínio sobre seus fluxos e pleno entendimento sobre seu funcionamento.

Nos discursos “3” de enfermeiros e “2” dos médicos, foi sugerida a atualização conceitual a partir da EPS. Vista a heterogeneidade de termos utilizados no processo de continuidade do cuidado, é imprescindível que esses termos sejam atualizados e padronizados (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021), inclusive pela complexidade de sua definição e consequentemente dificuldade em expressá-las, muitas vezes apenas presumidas e não declaradas (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002). O processo de referência e contrarreferência ainda tem sido citado de forma dissemelhante, ampliando o fato da escassez de estudos sobre a temática (SANTOS *et al.*, 2022).

No discurso “2” dos enfermeiros, além de enfatizar a participação de todos os profissionais, inclusive da gestão, nas atividades de EPS, destaca-se como um motivador para os profissionais. É evidente que a participação direta da gestão estimula a cooperação e trabalho em equipe, evitando a fragmentação habitual de serviços (FREIRE *et al.*, 2020). Nesse ínterim, é fundamental que exista motivação e harmonia entre a equipe, na busca de maior eficiência, melhor qualidade da assistência prestada (ANDRADE *et al.*, 2022) e, consequentemente, maior resolutividade, como destacado neste discurso.

O quarto discurso dos enfermeiros ainda coloca que ações de EPS aumentam a resolutividade dos serviços e favorecem a continuidade do cuidado, impactando na redução de filas de espera e até reduzindo o número de hospitalizações, alinhando-se à justificativa desta pesquisa. É evidente que todo profissional pretende ser competente no que se propõe, porém a competência só é adquirida com a junção de conhecimento e prática, que pode ser proporcionada através de ações de EPS. Essas iniciativas estimulam o pensamento crítico-reflexivo desses profissionais, lapidando-os nesse processo (DUARTE *et al.*, 2022), como também sugerido no discurso “4” dos médicos.

6.7 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: AS NUANCES A PARTIR DA PESQUISA

Pensar em referência e contrarreferência só faz sentido, quando consideramos a complexidade que o ser humano sustenta, demandando mais do que o oferecido em um único ponto da rede de saúde. Não é possível discutir saúde sem tratar aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, como um fenômeno complexo, necessitando diversas percepções para ser compreendido. Essa dinâmica exige novas formas de pensar conduzindo a novos modelos e práticas (CABRAL; VIANA; GONTIJO, 2020), inclusive no contexto de RCR.

É preciso compreender a evolução do processo de continuidade do cuidado para se encontrar dentro desse emaranhado que é fazer saúde. A princípio, o encaminhamento era tido como a prática de enviar um paciente para outro ponto da rede acreditando que suas demandas poderiam ser atendidas, prática por muito tempo considerada suficiente (Decs, 2024). Porém, a expansão das ciências da saúde e a ascensão da APS, exigiram uma sofisticação desse modelo, alcançando o conceito de continuidade do cuidado (SANTOS *et al.*, 2022).

Pensar a continuidade do cuidado de forma sistematizada, especialmente por acontecer predominantemente no Sistema Único de Saúde, exige qualificação dos profissionais atuantes, organização do sistema, incluindo infraestrutura adequada e um planejamento estratégico que atenda todas as necessidades da população (PEREIRA *et al.*, 2021). Para entrelaçar todas as arestas desse fazer complexo, é essencial uma logística que ofereçam recursos em saúde baseados em tecnologias de informação e comunicação, que facilitem ou até possibilitem (no caso de redes não funcionais) uma integração e comunicação entre os pontos da RAS (COSTA *et al.*, 2020b).

A implementação de protocolos, instrumentos ou equipes de ligação para otimizar o processo de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado, exigem a atenção conjunta da gestão, dos serviços e da academia para garantir um cuidado cada vez mais coeso (OLIVEIRA *et al.*, 2024). Também é necessário, equalizar o conhecimento dos profissionais diretamente envolvidos nesse processo, que só é possível através de EPS, numa perspectiva de mudança de paradigmas e atualização de modelos, trazendo qualificação condizente com os princípios do SUS (SILVA *et al.*, 2014).

7 CONCLUSÃO

Este estudo contou com a colaboração de 96 profissionais da Atenção Primária de Uberaba, sendo 53 enfermeiros e 43 médicos distribuídos por 38 unidades básicas de saúde. Entre enfermeiros entrevistados, a maioria era do sexo feminino (83%), na faixa etária dos 30 e 39 anos (49%), todos com mais de 5 anos de formação, predominantemente com 11 e 15 anos de formação (39,6%), com especialização ou residência (54,8%) e a maioria com 6 e 10 anos de atuação. Em relação aos médicos, houve predominância do sexo masculino (59,5%), também na faixa etária dos 30 e 39 anos (52%), com tempo de formação entre 2 e 5 anos (35,7%) apresentando maioria com especialização ou residência (66%) e com até 2 anos de atuação (40,5%).

A perspectiva de conhecer o fenômeno de um olhar discursivo, notadamente através da técnica do discurso do sujeito coletivo, possibilitou a construção de 37 discursos, sendo 18 a partir das respostas dos enfermeiros e 19 a partir das respostas dos médicos. Esses discursos foram analisados à luz de um modelo conceitual contemporâneo, a fim de compreender o entendimento destes profissionais sobre as atividades de referência e contrarreferência.

A organização do processo de referência e contrarreferência, entendido de forma sofisticada como continuidade do cuidado, pode não apenas aumentar a resolutividade das condições de saúde da população, mas também otimizar custos, tanto do sistema quanto do paciente, reduzir o tempo desse processo como um todo, ampliar o acesso da população e aumentar a satisfação de quem a utiliza, tanto no panorama da população quanto dos profissionais atuantes.

Portanto, é necessário rever o processo de continuidade do cuidado em toda sua complexidade, analisando cada nuance desse processo, incluindo tanto aspectos gerenciais e informacionais, que tendem a ser mais técnicos, quanto aspectos longitudinais e interpessoais, que envolvem vínculos e relações.

Essa sofisticação da continuidade do cuidado exige profissionais capacitados, empoderados e motivados, além de uma gestão participante. É essencial o aperfeiçoamento destes envolvidos, através de ações de educação permanente em saúde, desde a compreensão conceitual, até a implantação de ações diretas sobre referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde, com um olhar contemporâneo sobre o processo.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Revista de Enfermagem UFPE**. v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018.
2. ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.S.; PINTO, I.C.; WEBER, L.A.F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2020.
3. ACYLINO, E. M.; ALMEIDA, P. F.; HOFFMANN, L. M. A. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310123, 2021.
4. ALBIERO, K. A. **Desenvolvimento e validação de conteúdo e de face de um instrumento para avaliação das práticas alimentares de estudantes universitários.** Dissertação (mestrado) - Programa de pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 295. 2018.
5. ALIEVI, M. F. *et al.* Atenção à saúde do estomizado na rede de atenção à saúde na perspectiva de enfermeiros. **Enferm Foco**, v. 14, p. -, 2023.
6. ALMEIDA, H. B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00022020, 2021.
7. ALVES, M.L.F. *et al.* Reference and counterreference network for emergency care assistance in a municipality in the country side of Minas Gerais – Brazil. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2015.
8. ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054-064, 2019.
9. ANDRADE, F. M. *et al.* Motivação da equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e479111229689-e479111229689, 2022.
10. AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 27, p. e3162, 2019.
11. BAKERJIAN, D. The advanced practice registered nurse leadership role in nursing homes: leading efforts toward high quality and safe care. **Nursing Clinics**, v. 57, n. 2, p. 245-258, 2022.
12. BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.

13. BERNARDINO, F. B. S. et al. Continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo egresso da unidade neonatal. Vivências de familiares. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20220096, 2023.
14. BERRES, R.; BAGGIO, M. A. (Dis)continuation of care of the pre-term newborn at the border. **Rev Bras Enferm**. 2020
15. BETTINE, M. Um olhar sobre a construção do conceito de ação comunicativa na “Teoria da Ação Comunicativa”. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 19, n. 44, jan/abr. 2017, p. 334-359. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-019004414>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/THm55P8jfxZDrjLYzPgvL5n/?lang=pt>
16. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em 26 mai 2024
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS Nº 569, de 08 de dezembro de 2017. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26

fev. 2018; Seção 1 , p.85-6.

22. BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. Leituras sobre o sanitarismo desenvolvimentista e interpretações para a reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 28, p. 79-99, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BSSprKy6ryYdXrGxyfpRxPC/>. Acesso em: 18 un 2024.
23. CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. *Escola Anna Nery*, v. 24, p. e20190235, 2020.
24. CARDOSO, R. N.; SILVA, R. S.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 1, p. 2691-2706, 2021.
25. CARVALHO FILHO, A. M. et al. Preceptores de residência médica: perfil epidemiológico e capacitação pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, p. e159, 2020.
26. CIRNE, M. R. et al. Conhecimento de médicos residentes sobre aplicativo no processo de referenciamento. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, v. 13, n. 41, p. 926-936, 2023.
27. COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2019.
28. COSTA, M. F. B. N. A. et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. *Texto Contexto Enferm.*, 2020(a).
29. COSTA, M. F. B. N. A. et al. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 73, n. 3, e20200187, 2020(b).
30. DA SILVA, G. F. et al. Subnotificações de acidentes de trabalho com material biológico de profissionais da enfermagem de um hospital do Paraná. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, v. 6, n. 2, p. 101-111, 2021.
31. DEENY, S. G. T. et al. Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. London: The Health Foundation [Internet]. 2017 [citado em 2024 Fev 10]. 12 p. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ReducingAdmissionsGPContinuity.pdf>.
32. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. 2024. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2024. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/th/resource/?id=12438&filter=ths_termall&q=encaminhamento. Acesso em 09 jun 2024.
33. DOLNY, L. L. et al. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de

- equipes de saúde da família (ESF). *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020.
34. DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saúde e sociedade*, v. 18, p. 620-626, 2009.
35. DUARTE, I. M. et al. A implementação de metodologias ativas em treinamentos para profissionais enfermeiros do Hospital Federal da Lagoa em tempos de COVID-19: uma estratégia para a educação permanente em saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e48511528453-e48511528453, 2022.
36. FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 4521-4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 18 jun 2024.
37. FERREIRA, M.L.; et al. Nursing actions in reference and counter-reference in healthcare for persons with amputation. **CogitareEnferm.** 2017.
38. FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comun.**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.
39. FIORENZA, L. A. et al. Continuidade do cuidado como estratégia para atenção integral à saúde. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 812-825, 2023. Doi: [10.24276/rrecien2023.13.41.812-825](https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.812-825).
40. FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 821-836, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022>.
41. FREIRE, M. P. et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e190682, 2020.
42. GOMES, R. M.; CORVINO, M. P. F. Os anos iniciais da educação permanente em saúde em Itaboraí (RJ) e sua contribuição para uma nova qualificação para gestores. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 16, n. 9, p. 14398-14415, 2023.
43. GOULARTE, A. F.; et al. continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. **Rev. Min. Enferm.** 2021.
44. GUEDES, A.C. et al. Transferência de cuidados: processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial. **Rev. Eletr. Enf.** 2017.
45. IRWIN, K. A.; AGIUS, M. How does continuity of care affect quality of care in

- primary healthcare? **Psychiatr Danub.** 2017.
46. JACCOUD, L. B.; VIEIRA, F. S. Autonomia, integralidade e desafios de coordenação no SUS. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10224/1/AutonomIntegralidDesafiosCa p02.pdf>. Acesso em: 01 mai 2024.
 47. LEFEVRE, F.; LEVEFRE, A. M. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo.** 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 224 p.
 48. LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS (LGPD). Brasília, DF: **Presidência da República**, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/113709.htm.
 49. LIMA, A.P.E.; et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2019.
 50. LIMA, L. S. et al. Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, p. 73154-73154, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73154>.
 51. MACHADO, D. S.; SIQUEIRA, D. S. Referência e contra referência pós alta da unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, p. 70-80, 2023. Doi: <https://doi.org/10.51161/integrar/remss/3647>.
 52. MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G.. Articulação hospital-atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. e20210145, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reecusp/a/9QjGLJNkHHz45RLNBbC3NCRH/?lang=pt>. Acesso: 18 jun 2024.
 53. MELO, C. L. et al. Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência. 2019.
 54. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 18 jun 2024.
 55. MENEGAZ, J. C. et al. Desafios e potencialidades do empreendedorismo de negócios na enfermagem: analogias à atividade empreendedora brasileira. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 32, p. e20220274, 2023.
 56. MERTEN, H.; VAN GALEN, L. S.; WAGNER, C. Safe handover: practical guidance. **BMJ: British medical journal**, London, v. 359, p. j4328, Nov. 2017.
 57. MEZAROBA, E. et al. Integralidade do cuidado: um relato de experiência. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750**, v. 13, p. e023-e023, 2021.

58. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Eletrônica Inter- Legere** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.
59. MIORIN, J. D. et al. Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. e20190073, 2020.
60. MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.
61. MÜLLER, J. H.; SCHRÖEDER, C. S. Demandas e Desejos de Pós-Graduandos Stricto Sensu em uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas*, v. 24, n. 1, p. 63-69, 2023.
62. MUNDSTOCK, I. et al. Transição do cuidado entre os diferentes níveis de complexidade na enfermagem e saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 3005-3021, 2022.
63. NASCIMENTO; L. C. et al. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300330, 2020.
64. NETO, J. F.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. S. H. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, Fortaleza, v.2, 2018.
65. OLIVEIRA, C. H. et al. Análise de um episódio de podcast sobre tecnologias de informação e comunicação: Uma estratégia de educação em saúde. **Brazilian Journal of Case Reports**, v. 2, n. Suppl. 3, p. 625-630, 2022.
66. OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310105, 2021.
67. OLIVEIRA, L. S. et al. Práticas de enfermeiros de um hospital universitário na continuidade do cuidado para a atenção primária. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200530, 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0530>.
68. OLIVEIRA, L. G. F. et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 2023.
69. OLIVEIRA, L. G. F. et al. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e14973-e14973, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.973>.
70. OLIVEIRA, D. S. et al. Potencialidades e desafios da atuação interprofissional na

- residência multiprofissional em Saúde da Família no sul da Bahia. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 9, n. Especial, 2024.
71. OLIVEIRA, J. S. et al. Perfil clínico do profissional médico e abordagem da mudança do estilo de vida com o paciente: existe relação?. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 1, p. 2448-2463, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-191>.
 72. PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. *Escola Anna Nery*, v. 23, p. e20180214, 2019.
 73. PEREIRA, A. C. L. et al. Desenvolvimento de tecnologia educativa na Atenção Básica: continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e387101623390-e387101623390, 2021.
 74. PEREIRA, K. T.; SOUSA, H. A.; DUARTE, S. R. M. P. Efetividade dos resultados de serviço de contrarreferência em hospital quaternário do sul de Minas Gerais. **Health Sciences Journal**, v. 10, n. 1, p. 17-22, 2020.
 75. POLIDO, C. G.; JULIANI, C. M. C. M.; PILKINGTON, F. B. Redes de atenção à laqueadura tubária: responsabilidades e desafios. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 5, p. 661-671, 2021.
 76. REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. **Canadian Health Services Research Foundation**; 2002.
 77. ROCHA, M. T.; CALHEIROS, D. S.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e50211427458, 2022.
 78. ROMERO, A. D. T.; ROMERO, I. A. A. Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Aregua en el año 2020. *Medicina Clínica y social*, v. 4, n. 3, p. 98-103, 2020.
 79. SANTANA, R. F. et al. Tecnologias para a continuidade do cuidado à distância. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 25, 2020.
 80. SANTOS, M. T. et al. Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220100, 2022.
 81. SANTOS, T. C. C.; TOZETTO, S. S. Pós-graduação stricto sensu e desenvolvimento profissional docente: relações possíveis. IX Congresso de Educação, João Pessoa – PB, 2023. DOI: 10.46943/IX.CONEDU.2023.GT01.075.
 82. SASSI, A. P. et al. O ideal profissional na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, p. e044, 2020

83. SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. 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. 3579–3586, nov. 2010.
84. SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 49-54, 2014.
85. SILVA, K. et al. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 11, n. 2, 2017.
86. SILVA, S.S.; ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M. The nurse as the protagonist of care management in the Estratégia Saúde da Família: different analysis perspectives. **Texto Contexto Enferm**, 2017.
87. SILVA, K. L.; SENA, R. R.; CASTRO, W. S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Revista gaucha de enfermagem*, v. 38, p. e67762, 2018.
88. SILVA, T. B.; SHIMOCOMAGUI, G. B. Continuidade do cuidado aos egressos hospitalares da COVID-19: novos e antigos desafios para o enfrentamento da pandemia no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31040056, 2023.
89. SULINO, M. C. et al. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: (des) continuidade do cuidado. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 30, p. e20190363, 2021.
90. UBERABA (MG). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba. Uberaba, MG. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/unidades%20basicas.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.
91. UTZUMI, F. C. et al. Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. e20180502, 2020.
92. VERÇOSA, R. C. M.; DA SILVA LIMA, L. V. Características gerais dos egressos de um programa de residência de enfermagem. *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, v. 5, n. 2, p. 1446-1454, 2020.
93. WÅHLBERG, H. et al. Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial. **BMC Health Services Research**, 2015.
94. WITT, R. R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 13, n. 1 (jan. 1992), p. 19-23**, 1992.

APÊNDICES**APÊNDICE A – Questionário sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde**

Título do Projeto: Referência e Contrarreferência: A Percepção dos Enfermeiros e Médicos da Atenção Primária à Saúde

- 1 Sexo: **1.1** ()Feminino **1.2** ()Masculino

- 2 Idade (em anos completos): **2.1** ()20 a 29 anos **2.2** ()30 a 39 anos **2.3** ()40 a 49 anos
2.4 ()50 a 59 anos **2.5** ()60 anos ou mais

- 3 Profissão: **3.1** ()Enfermeiro(a) **3.2** ()Médico(a)

- 4 Tempo de Formação (graduação) em anos completos: **4.1** ()até 2 anos **4.2** ()2 a 5 anos
4.3 ()6 a 10 anos **4.4** ()11 a 15 anos **4.5** ()de 16 a 20 anos

- 5 Titulação completa (escolher a maior titulação): **5.1** ()Graduação
5.2 ()Especialização/Residência **5.3** ()Mestre **5.4** ()Doutor **5.5** ()Pós Doutor

- 6 Especialidade(s) (para ambas profissões): _____

- 7 Local de Trabalho:
APS: _____
HC (clínica): _____

- 8 Atuação neste local de trabalho, em anos completos:
8.1 ()até 2 anos **8.2** ()3 a 5 anos **8.3** ()3 a 5 anos **8.4** ()11 a 15 anos **8.5** ()de 16 a 20 anos
8.6 ()21 anos ou mais

- 9 Os termos Referência e Contrarreferência ou similares foram trabalhados em sua formação? **9.1** ()Sim **9.2** ()Não

10 O que você entende por ações *Referência* para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?

11 O que você entende por ações *Contrarreferência* na RAS?

12 Você aplica alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática?

12.1 Se sim, quais? **12.2** Não / Porque?

13 Você acha que deve acontecer mudanças na prática de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.

13.1 Sim **13.2** Não

14 Você acha que deve ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.

14.1 Sim **14.2** Não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde
Praça Manoel Terra, nº 330 – Centro – CEP 38015-040 – Uberaba MG
Fone: (34) 37006710

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos você a participar da pesquisa: Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre atenção primária à saúde e hospital público de ensino. O objetivo desta pesquisa é Avaliar o sistema de referência e contrarreferência entre a Atenção Primária à Saúde de Uberaba e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC UFTM) e, a partir disto, construir de modo conjunto uma nova proposta de ações de Referência e Contrarreferência de pacientes/usuários na Rede de Atenção à Saúde.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder a um questionário e atender a uma entrevista coletiva, nas Unidades da RAS de Uberaba MG, nas instalações de domínio da Secretaria de Saúde de Uberaba ou Hospital de Clínicas da UFTM; com tempo estimado de 30 minutos, em datas e horários a definir de acordo com a disponibilidade dos participantes. Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível desenvolver tecnologias, capacitar e sanar as lacunas relacionadas ao processo de R e CR na RAS, assim como contribuir com o enriquecimento da literatura científica já disponibilizada.

Esta pesquisa oferecerá risco mínimo ao participante, e este está relacionado ao desconforto em relação ao tempo dispensado para responder os questionários e participar das atividades de EPS. Para minimizar esse eventual desconforto, como o questionário será autoaplicável, o participante poderá responder o instrumento em momento que julgar oportuno e confortável, e na ocorrência de danos ao participante do estudo, fica garantido o direito à indenização conforme as leis vigentes no país, pelo pesquisador e instituição envolvida.

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Além do risco supracitado, existe ainda o risco característico do ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas. Sendo assim, há limitações do pesquisador para assegurar total confidencialidade dos participantes e potencial risco de sua violação, sendo importante que o participante do estudo arquive uma cópia do documento eletrônico. Para minimizar esse risco, ao término da pesquisa, será feito o download das informações coletadas para um dispositivo com senha pessoal e acesso exclusivo ao pesquisador, e as informações contidas na plataforma virtual serão excluídas.

A participação dos profissionais nesta pesquisa não trará benefício pessoal, porém os possíveis benefícios serão para a população a médio e a longo prazo, pois os resultados da pesquisa poderão trazer melhorias para a prática das ações de R e CR, corroborando na ampliação do cuidado e da assistência à saúde da população do município de Uberaba.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo; bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade.

Pesquisador(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

Nome:

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

E-mail:

Telefone: (34) 99905-2831

Telefone:

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº159,

Endereço:

Centro Educacional ,Uberaba, MG.

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo “Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos: da compreensão conceitual à implantação das ações entre atenção primária à saúde e hospital público de ensino” e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Pesquisador Responsável	Pesquisador responsável assistente	Pesquisador responsável assistente
Nome: Álvaro da Silva Santos	Nome:	Nome:
Telefone: (34) 99905-2831	Telefone:	Telefone:

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data