

Universidade Federal Do Triângulo Mineiro  
Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu Em Atenção À Saúde

Érica Beatriz Oliveira Borges

Referência e Contrarreferência: Percepção De Enfermeiros E Médicos Da  
Atenção Terciária À Saúde

Uberaba

2025

Erica Beatriz Oliveira Borges

Referência e Contrarreferência: Percepção de Enfermeiros e Médicos da  
Atenção Terciária 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

2025

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro**

B731r      Borges, Érica Beatriz Oliveira  
            Referência e contrarreferência: percepção de enfermeiros e  
            médicos da atenção terciária à saúde / Érica Beatriz Oliveira Borges.  
            -- 2025.  
            76 f. : il., fig., graf.

            Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade  
            Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025  
            Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

            1. Pacientes - Cuidado e tratamento. 2. Continuidade da assis-  
            tência ao paciente. 3. Cuidado transicional. 4. Atenção terciária à  
            saúde. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Tri-  
            ângulo Mineiro. III. Título

CDU 616-083

Érica Beatriz Oliveira Borges

Referência e Contrarreferência: A Percepção De Enfermeiros e Médicos da  
Atenção Terciária 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.

Uberaba, 19 de fevereiro de 2025

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente  
 ALVARO DA SILVA SANTOS  
Data: 24/02/2025 18:52:22-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof. Dr<sup>o</sup>. Álvaro da Silva Santos – Orientador

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente  
 DIVANICE CONTIM  
Data: 25/02/2025 15:39:10-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Divanice Contim

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente  
 VANIA DEL ARCO PASCHOAL  
Data: 25/02/2025 09:26:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

hoal.

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

*Dedico este trabalho à minha família, pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pela presença em todos os momentos, sejam eles de alegria ou de desafios. Agradeço por estarem sempre ao meu lado, enfrentando comigo cada obstáculo e celebrando cada conquista, tornando possível este e tantos outros passos na minha jornada .*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao Professor Doutor Álvaro da Silva Santos, orientador deste projeto, por ser o meu mentor nessa jornada e sobretudo, por superar as barreiras de trabalhar em conjunto, pela paciência de ensinar quem caminha a passos lentos e não desistir. Por último, empenha em contribuir com o Sistema Único de Saúde e se dedica nas difíceis tarefas de transformar o conhecimento em ações.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço 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 à Professora Doutora Divanice Contim e Professora Doutora Vânia Del'arco Paschoal, pelas observações e contribuições enriquecedoras ao trabalho; aos membros da banca de defesa, por terem aceitado participar deste momento e com toda a expertise e didática foram essenciais a conclusão dessa etapa de formação acadêmica, conseqüentemente, para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus amigos, pelo apoio constante e incondicional; pelo carinho e terna amizade que faz com que os momentos de tormenta ou de desafios sejam mais amenos e que a vitória chegue de modo a aquecer sempre a chama do meu desenvolvimento e faz eu seguir acreditando que vale a pena

Aos companheiros de caminhada do Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Contexto Social pelo trabalho em equipe constante e sempre fortalecido por todas as mãos; aos colegas de turma do mestrado, pelo crescimento mútuo e aos colaboradores da PPGAS, por toda atenção e apoio em todas as tarefas e ações.

Aos meus amados familiares pelo encanto e a magia de oferecer o apoio necessário para eu seguir esse caminho de crescimento com tranquilidade e paz e por entender os momentos em que o peso das obrigações me fez distante e por tudo só ser possível por que tenho vocês no coração.

*“Todo o conhecimento se inicia com a experiência, isso não prova que todo ele derive da experiência”, ou seja, para conhecer é preciso tanto a razão com seus instrumentos, como a experiência com os fatos da realidade empírica.” (KANT, 1997, p. 36).*

BORGES, Érica Beatriz Oliveira. **Referência e contrarreferência: Percepção de enfermeiros e médicos da atenção Terciária à saúde**. 2025 Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

## RESUMO

O processo de Referência e Contrarreferência vai além de uma simples troca de informações entre serviços; ele constitui uma estratégia sistemática, essencial para conectar os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O setor terciário desempenha um papel crucial na transição do cuidado à saúde. Após a alta hospitalar, a contrarreferência direciona o paciente de volta ao setor de origem, assegurando a continuidade e integralidade do cuidado. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo compreender a percepção de enfermeiros e médicos sobre as ações de referência e contrarreferência na Atenção Terciária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais e na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O estudo foi sustentado pelo Princípio da Integralidade do Cuidado (Lei nº 8080/90) e teve como referencial teórico o modelo conceitual de Continuidade do Cuidado. **Resultados:** Foram entrevistados 45 profissionais (33 enfermeiros e 12 médicos) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, em Uberaba-MG. A coleta de dados ocorreu entre maio de 2023 e março de 2024. A caracterização dos participantes revelou predominância de mulheres (73,3%), e a maior parte dos profissionais tem entre 30 e 49 anos (75,7%). A experiência profissional predominante é de 21 anos ou mais (37%), e 51,1% dos participantes possuem especialização. Quanto ao tempo de atuação, 33,3% dos profissionais possuem entre 6 a 10 anos de experiência. **Discussão:** As principais fragilidades identificadas pelos profissionais incluem formação acadêmica insuficiente, recursos institucionais inadequados, falta de comunicação efetiva entre as equipes e ausência de educação permanente. A integração de tecnologias de comunicação foi considerada essencial para fortalecer a gestão dos fluxos na rede. Entretanto, a ineficiência na execução dessas ações gera sentimentos de desapontamento entre os profissionais. A aplicação de um modelo de avaliação de assistência à saúde baseado na Tríade de Donabedian, baseado na estrutura, processo e resultado, seria a ferramenta equitativa e resolutiva de melhoria contínua. **Conclusão:** A percepção dos profissionais sobre as ações de referência e contrarreferência revelou um bom entendimento sobre os

conceitos envolvidos, mas também evidenciou deficiências na execução dos fluxos entre as equipes de cuidado. A adoção de um modelo estruturado pode superar as fragilidades identificadas, promovendo um cuidado mais eficiente e resolutivo. Essas estratégias podem, portanto, minimizar a fragmentação no fluxo de assistência dentro da RAS.

**Descritores:** Transição do Cuidado; Encaminhamento; Continuidade do Cuidado

BORGES, Érica Beatriz Oliveira. **Referral and Counter-referral: Nurses' and Physicians' Perception in tertiary Health Care**. 2025. Dissertation (Master's Degree in Health Care) – Universidad Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

## ABSTRACT

The process of Referral and Counter-Referral goes beyond a simple exchange of information between services; it constitutes a systematic strategy, essential for connecting the different levels of the Health Care Network (RAS). The tertiary sector plays a crucial role in the transition of health care. After hospital discharge, the counter-referral directs the patient back to the originating sector, ensuring continuity and comprehensiveness of care. **Objective:** This study aimed to understand the perception of nurses and doctors regarding the actions of referral and counter-referral in Tertiary Health Care. **Method:** This is a qualitative study based on the Theory of Social Representations and the technique of Collective Subject Discourse (DSC). The study was supported by the Principle of Comprehensive Care (Law No. 8080/90) and had as a theoretical framework the conceptual model of Continuity of Care. **Results:** A total of 45 professionals (33 nurses and 12 doctors) from the Hospital de Clínicas of the Federal University of Triângulo Mineiro in Uberaba-MG were interviewed. Data collection took place between May 2023 and March 2024. The characterization of the participants revealed a predominance of women (73.3%), and most professionals are between 30 and 49 years old (75.7%). The predominant professional experience is 21 years or more (37%), and 51.1% of participants have specialization. Regarding the length of service, 33.3% of professionals have between 6 to 10 years of experience. **Discussion:** The main weaknesses identified by professionals include insufficient academic training, inadequate institutional resources, lack of effective communication between teams, and absence of ongoing education. The integration of communication technologies was considered essential to strengthen the management of flows in the network. However, inefficiency in the execution of these actions generates feelings of disappointment among professionals. The application of a health care evaluation model based on Donabedian's Triad, which focuses on structure, process, and outcome, would be an equitable and resolute tool for continuous improvement. **Conclusion:** The professionals' perception of referral and counter-referral actions revealed a good understanding of the concepts involved but also highlighted deficiencies in the execution of flows between care teams. The adoption of

a structured model can overcome the identified weaknesses, promoting more efficient and resolute care. These strategies can, therefore, minimize fragmentation in the flow of assistance within the RAS.

**Keywords:** Transition of Care; Forwarding; Continuity of care

BORGES, Érica Beatriz Oliveira.. **Referencia y contrarreferencia: Percepción de enfermeros y médicos en el tercer nivel de atención en salud.** 2024. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

## RESUMEN

El proceso de Referencia y Contrarreferencia va más allá de un simple intercambio de información entre servicios; constituye una estrategia sistemática esencial para conectar los diferentes niveles de la Red de Atención de Salud (RAS). El sector terciario desempeña un papel crucial en la transición de la atención sanitaria. Después del alta hospitalaria, la contrarreferencia dirige al paciente de regreso al sector de origen, garantizando la continuidad y la integralidad del cuidado. **Objetivo** Este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los enfermeros y médicos sobre las acciones de referencia y contrarreferencia en la Atención de Salud Terciaria. **Método** Se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales y en la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). El estudio fue respaldado por el Principio de Atención Integral (Ley N.º 8080/90) y se siguió por el modelo conceptual de Continuidad del Cuidado. **Resultados** Se entrevistó a un total de 45 profesionales (33 enfermeros y 12 médicos) del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro en Uberaba-MG. La recolección de datos tuvo lugar entre mayo de 2023 y marzo de 2024. La caracterización de los participantes reveló un predominio de mujeres (73,3%), y la mayoría de los profesionales tenía entre 30 y 49 años (75,7%). La experiencia profesional predominante fue de 21 años o más (37%), y el 51,1% de los participantes tenía una especialización. En cuanto al tiempo de servicio, el 33,3% de los profesionales tenía entre 6 y 10 años de experiencia. **Discusión** Las principales debilidades identificadas por los profesionales incluyen una formación académica insuficiente, recursos institucionales inadecuados, falta de comunicación efectiva entre equipos y ausencia de educación continua. La integración de tecnologías de comunicación se consideró esencial para fortalecer la gestión de los flujos de pacientes dentro de la red. Sin embargo, la ineficiencia en la ejecución de estas acciones genera sentimientos de frustración entre los profesionales. La aplicación de un modelo de evaluación de atención sanitaria basado en la Tríada de Donabedian, que se enfoca en la estructura, el proceso y el resultado, sería una herramienta equitativa y efectiva para la mejora

continua.**Conclusión** La percepción de los profesionales sobre las acciones de referencia y contrarreferencia reveló un buen entendimiento de los conceptos involucrados, pero también destacó deficiencias en la ejecución de los flujos entre los equipos de atención. La adopción de un modelo estructurado puede ayudar a superar estas debilidades, promoviendo una atención más eficiente y resolutive. Estas estrategias pueden, por lo tanto, minimizar la fragmentación en el flujo de asistencia dentro de la RAS.

**Palabras clave:** Transición de la Atención; Reenvío; Continuidad de la atención

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 01.** Dimensões do Cuidado ( (DENNY, 2017).

**Quadro 02.** Discursos dos enfermeiros e médicos sobre percepção das ações de Referência e Contrarreferência no Setor Terciário.Uberaba, 2024.

**Quadro 03.**Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes Distribuição de Variáveis entre Enfermeiros e Médicos.

**Quadro 04.** Discursos dos enfermeiros sobre o que é referência.

**Quadro 05.** Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é referência.

**Quadro 06.** Discursos dos enfermeiros sobre o que é contrarreferência.

**Quadro 07.** Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência.

**Quadro 08.** Discursos dos enfermeiros sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática.

**Quadro 09.** Discursos dos médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática.

**Quadro 10.** Discursos dos enfermeiros sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões.

**Quadro 11.** Discursos dos médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões.

**Quadro 12.** Discursos dos enfermeiros acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões.

**Quadro 13.** Discursos dos médicos concernente às atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões.

**Quadro 14.** Incidência representativa das palavras:Nuvem de Palavras.

**Quadro 15.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é referência.

**Quadro 16.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência.

**Quadro 17.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática.

**Quadro 18.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e suas sugestões.

**Quadro 19.** Títulos dos discursos dos enfermeiros e médicos relacionados a atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

**Quadro 18.** Incidência representativa das palavras com maior incidência entre os discursos Uberaba, 2024.

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ATS	Atenção Terciária à Saúde
CR	Contrarreferência
COFEN	Conselho federal de enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EPS	Educação Permanente em Saúde
ECH	Expressões-Chave
HC	Hospital das Clínicas
IC	Ideias Centrais
LGPD	Lei de Proteção de Dados
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAMA	Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNS	Política Nacional de Saúde

R	Referência
RS	Representações Sociais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Transição do Cuidado
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. APORTE TEÓRICO.....	25
3.1 DIMENSÕES DA CONTINUIDADE DO CUIDADO: FERRAMENTAS PARAS AS AÇÕES INTEGRADAS À SAÚDE.....	25
4. OBJETIVOS.....	26
4.1 OBJETIVO GERAL.....	26
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
5. METODOLOGIA.....	26
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	28
5.3 POPULAÇÃO.....	28
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	29
5.6 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	29
5.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5.9 CONSTRUÇÃO DE NUVEM DE PALAVRAS.....	31
6. RESULTADOS.....	31
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	31
6.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO.....	33
6.2.1 PERCEPÇÕES DAS AÇÕES DE REFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	35
6.2.3 AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM SUA PRÁTICA LABORAL.....	38
6.2.4 NECESSIDADE DE MUDANÇAS NAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E SUGESTÕES.....	40
6.2.5 IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE SOBRE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E SUGESTÕES.....	42
7. DISCUSSÃO.....	43
7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SUAS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS.....	43
7.2 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE REFERÊNCIA...44	
7.3 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE CONTRARREFERÊNCIA.....	47

7.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS .....	55
7.9 TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: FERRAMENTAS DE TRANSFORMAÇÃO.....	62
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
9. REFERÊNCIAS .....	67

## 1. INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações compostas por conjuntos de serviços de saúde que operam de forma poliárquica e estão interligadas por uma missão única dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas redes possibilitam a oferta de atenção contínua e integral a uma determinada população. O atendimento deve ser prestado no momento oportuno, no local adequado, com custos apropriados, qualidade elevada, de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas em relação à população atendida (BELGA; JORGE; SILVA, 2022; WHO, 2021).

No Brasil, a criação da RAS visou superar a fragmentação dos atendimentos de saúde dentro do SUS, buscando nivelar os pontos da rede e um cuidado contínuo. A melhoria da qualidade dos serviços contribui para a redução de custos e hospitalizações evitáveis. Para isso, fatores como comunicação e troca de informações e, interdisciplinaridade, articulação entre os pontos da RAS, coordenação do cuidado e corresponsabilização são essenciais (OLIVEIRA et al., 2021; COSTA; SICHIERI; POVEDA, 2020).

O principal elemento para a integração das redes de saúde é o processo eficaz de Referência (R) e Contrarreferência (CR) entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Compreender o funcionamento desse sistema e analisar as experiências dos profissionais envolvidos são fundamentais para garantir que as informações em saúde sejam de qualidade e estejam disponíveis no momento e local necessários. Além disso, é importante que os recursos humanos, materiais, organizacionais e institucionais de todos os setores da saúde atuem de forma integrada (FERREIRA et al., 2022).

A Referência (R) refere-se ao encaminhamento do paciente de um serviço de menor para um de maior complexidade, com a transferência de informações essenciais, como medicamentos prescritos, resultados alcançados e solicitações específicas. Este processo é fundamental para garantir o acesso à rede regionalizada e hierarquizada, sempre orientada pela Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022). Além disso, pode ser entendido como um conjunto de atividades administrativas e assistenciais que articulam os pontos da rede de atenção à saúde de forma sistêmica e hierarquizada (SILVA et al., 2021; SANTOS et al., 2021).

A Contrarreferência (CR) diz respeito ao retorno do paciente ao serviço de menor complexidade, acompanhado das informações sobre condutas realizadas, como internações, exames ou cirurgias, além de recomendações para a continuidade do cuidado. Esse processo é crucial para manter a integralidade do cuidado e evitar lacunas no acompanhamento (BRASIL, 2022; FRATINI, 2007; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021; LIMA et al., 2023).

A Transição de Cuidado (TC) está intimamente ligada aos processos de Referência e Contrarreferência, com foco na integralidade e continuidade do cuidado. A TC envolve o movimento do paciente entre diferentes níveis e tipos de cuidado, promovendo uma experiência integrada e garantindo assistência de qualidade. Esse processo exige comunicação eficaz, competência técnica e habilidades interpessoais dos profissionais envolvidos (GERMANO et al., 2022; COSTA, 2019).

A TC é um processo amplo que envolve todo o percurso do paciente entre os diferentes níveis e tipos de cuidado ao longo do tempo e assegura a continuidade do cuidado entre diferentes locais e níveis de atenção dentro da RAS. Trata-se de um processo complexo que requer dos profissionais adequada comunicação, conhecimento, experiência, competência e habilidades. Deve ser realizado para garantir a qualidade da assistência e contribuir para a prevenção de novas internações e redução de custos hospitalares (COSTA, 2019).

Além disso, a TC pode ser vista como o repasse de informações essenciais para garantir a continuidade dos cuidados durante a transferência dos pacientes entre os diferentes setores, dentro de uma mesma instituição ou entre distintos serviços de saúde. Esse processo também visa assegurar a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, o que exige comunicação eficaz entre todos os envolvidos, com diferentes formações, habilidades e experiências (GAMA, 2023).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a responsável pela ordenação do fluxo de pacientes no sistema de saúde, referenciando-os para os demais níveis de complexidade conforme a necessidade de resolutividade. Dessa forma, a APS garante a integralidade do cuidado, enfrentando a fragmentação e a iniquidade no acesso, além de otimizar o desempenho do sistema em termos de eficiência clínica, econômica e sanitária (RIBEIRO & CAVALCANTI, 2020).

O Setor Terciário (ST), foco deste estudo, desempenha um papel crucial na Transição de Cuidado em saúde. Após a alta hospitalar, é necessária a Contrarreferência, que direciona o paciente ao setor de origem para o acompanhamento contínuo dentro da RAS. Durante o período de internação, é essencial que o paciente seja preparado e orientado para o momento da alta, além de receber as devidas orientações para evitar descontinuidade no cuidado (GOULARTE et al., 2021).

A insuficiência ou ausência de Referência e Contrarreferência pode gerar desperdício de recursos, demora na resposta às necessidades do paciente e consequências como aumento do risco de complicações, repetição de procedimentos e desumanização da assistência. Esses problemas demonstram as dificuldades de comunicação e informação dentro da RAS (PEITER et al., 2019).

Como facilitadores do processo, destaca-se a comunicação horizontalizada e a interação entre os profissionais de saúde, o trabalho em equipe, o uso de sistemas informatizados com a história clínica do paciente e o apoio institucional. A aproximação entre os profissionais contribui para uma melhor articulação e harmonia das ações, garantindo uma continuidade do cuidado mais eficiente (COSTA et al., 2019).

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) desempenham um papel fundamental na gestão, comunicação e acesso à informação na área da saúde. Elas permitem a implementação de sistemas mais eficientes, redução de custos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Ao superar as barreiras existentes, as TICs podem ser usadas para desenvolver estratégias que atendam às necessidades atuais e futuras, fortalecendo a eficácia dos cuidados de saúde a nível global (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2021).

O início de qualquer transformação nos processos de formação exige o reconhecimento de que as propostas não devem ser construídas de maneira isolada ou autoritária. É essencial que essas iniciativas façam parte de uma estratégia ampla, estejam interligadas e sejam desenvolvidas com um profundo entendimento das realidades locais. Para isso, é imprescindível envolver diferentes grupos e setores no processo, promovendo um diálogo colaborativo e inclusivo (COUTO; CORVINO;

MASCARENHAS, 2020).

Este estudo busca contribuir para a melhoria e efetividade das ações de Referência e Contrarreferência, investigando a percepção dos profissionais sobre os mecanismos de funcionamento desses processos ou da Transição de Cuidado, essenciais para a continuidade do cuidado. A relação direta entre os níveis de menor e maior complexidade pode minimizar custos e prevenir reiteraões, além de reforçar a importância da comunicação em saúde, que busca informar e influenciar decisões para promover a saúde da população.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A integralidade da atenção à saúde tem como premissa a combinação articulada e contínua de ações preventivas, curativas e de reabilitação, em todos os níveis de complexidade do sistema. Destaca-se a importância de um cuidado que não se limite apenas à abordagem curativa, mas que envolva também a prevenção e a reabilitação, com articulação entre os diferentes níveis de atenção. O conceito de integralidade é definido como a articulação contínua dessas ações, garantindo o acesso à saúde em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

A fragmentação dos atendimentos nos diferentes níveis de atenção à saúde dentro do SUS compromete o princípio da integralidade. Esse princípio fundamenta-se em um cuidado que vai além da prática terapêutica, exigindo que o indivíduo seja acompanhado em todas as suas necessidades, considerando seu contexto social, familiar e cultural. Isso envolve não apenas o tratamento, mas também a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação (FREITAS, 2022).

Neste contexto, a pesquisa busca contribuir com a melhoria das práticas dos profissionais na continuidade do cuidado. A qualificação dos profissionais, por meio de ferramentas tecnológicas e de comunicação, pode viabilizar uma assistência de qualidade, permitindo alcançar os objetivos de gestão do cuidado e proporcionando um atendimento integral (OLIVEIRA et al., 2021).

Observa-se uma deficiência no processo de R e CR, especialmente no fluxo dos atendimentos, considerando que os processos de alta ocorrem em nível ambulatorial. Nesse cenário, é fundamental desenvolver ferramentas que efetivamente auxiliem os profissionais de saúde nas ações de referência e contrarreferência. Isso revela a necessidade de mecanismos eficazes de comunicação dentro da RAS visando melhorar a transição do cuidado de forma

horizontal entre o setor terciário e os demais serviços de saúde.

Com base nessas considerações, o presente trabalho justifica-se por apresentar a percepção dos profissionais (enfermeiros e médicos) diretamente envolvidos nas ações de referência e contrarreferência. Busca-se aprimorar as práticas desses profissionais na continuidade do cuidado, uma vez que a qualificação deles é essencial para promover uma assistência de qualidade, alcançar os objetivos da gestão do cuidado e garantir um cuidado integral.

### 3. APORTE TEÓRICO

#### 3.1 DIMENSÕES DA CONTINUIDADE DO CUIDADO: FERRAMENTAS PARA AS AÇÕES INTEGRADAS À SAÚDE

As dimensões do cuidado são fundamentais para garantir uma assistência à saúde eficaz, integrada e centrada no paciente. Elas abrangem quatro domínios de continuidade que são essenciais para a construção de um sistema de saúde coeso e eficiente. Esses domínios são: interpessoal, longitudinal, gerencial e informacional. Cada uma dessas dimensões tem um papel específico no processo de cuidado e contribui para a melhoria da experiência do paciente, bem como para a eficiência dos serviços de saúde.(DENNY et al, 2017).

**Quadro 1** - Dimensões do Cuidado ( (DENNY, 2017). Uberaba, 2024.

<b>Dimensão do Cuidado</b>	<b>Descrição</b>	<b>Importância</b>
Continuidade Interpessoal..	Refere-se à relação estabelecida entre o paciente e os profissionais de saúde ao longo do tempo, incluindo aspectos emocionais e psicológicos	Facilita a comunicação, gera confiança, e melhora a adesão ao tratamento
Continuidade Longitudinal	Acompanhamento contínuo do paciente ao longo do tempo, com o mesmo profissional ou equipe de saúde, permitindo ajustes no tratamento	Essencial para pacientes com doenças crônicas, garantindo cuidados a longo prazo, prevenção e gestão efetiva

Continuidade Gerencial	Coordenação entre diferentes níveis de atendimento (primário, secundário e terciário), com integração dos serviços e colaboração entre as equipes.	Melhora a eficiência do atendimento, otimiza recursos, e reduz falhas no tratamento, promovendo melhores resultados
Continuidade Informacional	Transferência contínua e acessível de informações clínicas e psicossociais entre os profissionais de saúde	Reduz erros médicos, melhora a qualidade do atendimento e as decisões são baseadas no histórico completo.

**Fonte:** Adaptado, (DENNY, 2017)

## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a percepção dos enfermeiros e médicos sobre as ações de "Referência" e "Contrarreferência" na Atenção Terciária à Saúde.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, a formação e os interesses dos enfermeiros e médicos em relação ao letramento sobre "Referência" e "Contrarreferência", além de analisar a relação entre essas variáveis sociodemográficas e profissionais no contexto da Atenção Terciária à Saúde.
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros e médicos em "Referência" e "Contrarreferência" na Atenção Terciária à Saúde, bem como, sua terminologia análoga.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, que pode ser entendido como aquele capaz de explorar o significado e a intenção dos atos inerentes às relações e à estrutura social como um todo, provenientes de construções humanas. Busca-se a

conscientização dos participantes em relação à realidade ao longo do processo de amostragem, de maneira que possam identificar as dificuldades e solucionar problemas. Esse tipo de investigação preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, buscando a compreensão e explicação dinâmica das relações sociais, sem que exista um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT, 2009).

Utilizou-se, como referencial teórico-metodológico, para proceder à análise qualitativa dos dados, o método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este método consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborada por Lefevre e Lefevre na década de 1990 e atualizada em 2012, fundamentada na teoria das Representações Sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O DSC baseia-se no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é o conjunto de representações presentes em um determinado contexto histórico-social, que as pessoas utilizam para expressar seus pensamentos sobre os temas debatidos na sociedade, buscando, assim, reconstruir de forma discursiva as representações sociais dessa coletividade. Nessa técnica, os depoimentos coletados são tratados metodologicamente, buscando obter o pensamento coletivo, com os depoimentos como sua matéria-prima, extraindo de cada um deles 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 (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

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 debatidos na sociedade. Essas representações sociais são esquemas sociocognitivos que as pessoas utilizam para emitir juízos ou opiniões no seu cotidiano. Trata-se de uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, de uma realidade comum a um conjunto social, o que permite reconstruir, por meio de pesquisas sociais, uma dimensão qualitativa e quantitativa do que se pretende analisar (MINAYO, 2014).

Para a compreensão dos processos de Referência (R) e Contrarreferência (CR), este estudo apresentou dados descritivos ao longo de suas fases, com o objetivo de interpretar numericamente alguns dados e qualitativamente aprofundar os fenômenos emergidos pelos diferentes momentos do trabalho, a partir da contextualização dos discursos dos participantes. A abordagem qualitativa pode ser entendida como aquela capaz de absorver as questões do significado e da intenção dos atos inerentes à relação e à estrutura social como um todo, provenientes de construções humanas. Mesmo que um estudo utilize dados quantitativos, ele gera questões que demandam aprofundamento qualitativo, e o inverso também é verdadeiro (MINAYO, 2019).

## 5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos serviços de Atenção Terciária à Saúde de Uberaba, que inclui o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). Este é um hospital universitário de atendimento terciário, que oferece atendimentos de média e alta complexidade. Atualmente, dispõe de uma estrutura com 90 consultórios e 284 leitos hospitalares, além de uma localização estratégica que proporciona ampla cobertura regional, abrangendo os 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul. É o único hospital público que oferece atendimento terciário de alta complexidade para a população da região. (EBSERH, 2013)

## 5.3 POPULAÇÃO

A pesquisa envolveu enfermeiros e médicos da Atenção Terciária à Saúde de Uberaba, selecionados por amostragem intencional. Esses profissionais concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

## 5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os enfermeiros e médicos da Atenção Terciária à Saúde de Uberaba que estivessem atuando há, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os profissionais em período de licença, férias, afastamento ou que não demonstraram interesse em participar da pesquisa. Profissionais que não atenderam aos critérios de inclusão ou que não concordaram em participar não foram

substituídos.

## 5.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por conveniência com enfermeiros e médicos da Atenção Terciária à Saúde de Uberaba, em duas etapas. A primeira etapa de contato foi realizada por e-mail, e a segunda, por telefone, ambas através do Google Forms.

As entrevistas ocorreram em setembro, outubro de 2023 e novembro de 2024, utilizando um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), contendo nove perguntas objetivas sobre dados sociodemográficos e laborais, e seis perguntas abertas, abordando questões relacionadas à referência e contrarreferência.

Os participantes foram identificados por números, seguindo a ordem de produção do material empírico, e os questionários foram codificados com a letra "E" seguida do número correspondente ao participante. O primeiro participante entrevistado foi identificado como "E1", e assim por diante.

## 5.6 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário (APÊNDICE A) passou por validação de face, que busca avaliar a percepção dos entrevistados sobre o instrumento, verificando se ele permite alcançar os objetivos da pesquisa e reduzir os erros de medida. conforme (ALBIERO, 2018)

Os juízes foram convidados a participar da validação via Google Forms, onde puderam avaliar parâmetros como objetividade, simplicidade, relevância e clareza. Para isso, foi enviada uma carta convite aos juízes, explicando o motivo de sua seleção, o objetivo do estudo e a importância da avaliação do instrumento. O convite incluía um link para o Google Forms, com o TCLE para os juízes, que foi assinado caso o participante concordasse em participar da pesquisa, e o instrumento de coleta de dados a ser avaliado.

## 5.7 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

as respostas às questões abertas foram transcritas, digitadas e consolidadas no Microsoft Word, e submetidas ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com base na teoria das Representações Sociais. Na construção dos discursos, foi considerada a frequência com que cada sujeito expressou suas ideias, permitindo diferenciar o grau de compartilhamento das representações sociais. Para isso, foi analisada a intensidade (força com que as expressões-chave foram apresentadas) e a amplitude (abrangência das ideias ou representações) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

As porções selecionadas, que retratam a essência do discurso, foram denominadas expressões-chave. Buscou-se extrair das respostas as partes mais relevantes, equilibrando a seleção para evitar tanto a omissão excessiva quanto a inclusão excessiva de material, garantindo uma análise precisa das ideias centrais ou ancoragens. O programa Qualiquantsoft® versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), foi utilizado para auxiliar na organização e armazenamento dos depoimentos. Esse programa não substitui a função do pesquisador, mas facilita o processamento dos dados. O resultado final da técnica DSC é a construção de um discurso-síntese, expresso na primeira pessoa do singular, baseado nas expressões-chave que pertencem à mesma ideia central ou ancoragem (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz 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 o Hospital Público de Ensino”. Foi submetido e aprovado sob o parecer de número 6.221.773 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em conformidade com as diretrizes das resoluções 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016), que regulamentam pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a destinação e a guarda dos dados coletados, bem como sobre a contribuição dos resultados obtidos. Durante o contato inicial, a pesquisadora esclareceu que os participantes não seriam submetidos a riscos e que poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE B).

Para garantir o sigilo das informações fornecidas e assegurar a liberdade de participação, os dados serão mantidos em sigilo sob a guarda do pesquisador responsável por um período de três anos, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), garantindo assim a confidencialidade dos participantes. Além disso, foram realizadas reuniões com as instituições de Saúde de Uberaba para obter autorização prévia e garantir a cooperação para a realização do estudo.

## 5.9 CONSTRUÇÃO DE NUVEM DE PALAVRAS

Para enriquecer a análise avaliativa, foi adotada a técnica de elaboração de “nuvens de palavras” utilizando a plataforma interativa Mentimeter ([www.mentimeter.com](http://www.mentimeter.com)) é a ferramenta tecnológica que oferece recursos para atividades educativas, promovendo maior engajamento dos participantes e estimulando a interação. As palavras geradas nas nuvens foram agrupadas com base em suas semelhanças de significado, o que facilitou a interpretação e organização das respostas. Esse processo permitiu identificar os discursos e seus dados principais, definidos pelos pesquisadores a partir da análise do contexto e da conotação das palavras apresentadas, e reflete o conteúdo e a essência das respostas, garantindo uma compreensão clara e estruturada dos discursos.

As nuvens de palavras são uma ferramenta eficaz para representar visualmente os resultados de pesquisas técnicas, tornando as informações mais acessíveis a um público amplo e não especializado. Além disso, elas ajudam a explorar e entender a relevância e a frequência de determinados termos em um contexto específico, facilitando a análise de dados de maneira intuitiva.(WARE,2012)

## 6. RESULTADOS

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com 45 profissionais (12 médicos e 33 enfermeiros), das quais atuam diretamente na assistência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. A caracterização dos sujeitos da pesquisa com variáveis sociodemográficas e laborais dos profissionais (enfermeiros e médicos) que atuam na atenção terciária de saúde no município de Uberaba. Sendo a caracterização do

gênero com a predominância de mulheres entre os entrevistados (73,3%). A maioria das mulheres está na categoria dos enfermeiros.

Entre os enfermeiros, 81,8% são mulheres e 18,2% homens. Já entre os médicos, o gênero está equilibrado (50% masculino e 50% feminino). Com relação a idade, a maioria dos participantes tem entre 30 e 49 anos (75,7%). Entre os enfermeiros, as faixas etárias predominantes são 30 a 39 anos (42,4%) e 40 a 49 anos (39,4%), totalizando 81,8% dos entrevistados. Entre os médicos, as mesmas faixas predominam, com 33,3% em 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, somando 66,6%.

Com relação ao tempo de Formação a maior concentração está entre os profissionais com 21 anos ou mais de experiência (37%). Entre os enfermeiros, 33,3% possuem 21 anos ou mais de formação, seguidos por 36,4% com 11 a 15 anos. Entre os médicos, 41,7% possuem 21 anos ou mais. A titulação conta com mais da metade dos entrevistados possui especialização (51,1%). Entre os enfermeiros, 54,5% possuem especialização, 24,2% possuem residência, e 21,2% mestrado. Nenhum tem doutorado ou pós-doutorado.

Entre os médicos, a maior parte (41,7%) possui especialização/residência, seguidos por 33,3% apenas com graduação e 25% com residência. A atuação tem a predominância de profissionais que atuam no local de trabalho há 6 a 10 anos (33,3%). Entre os enfermeiros, 36,4% atuam no local de trabalho há 6 a 10 anos, enquanto entre os médicos, essa faixa concentra 25%.

O quadro 2 apresenta a disposição dos dados sociodemográficos na Atenção Terciária à Saúde no município de Uberaba-MG.

Quadro 2: Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes				
Distribuição de Variáveis entre Enfermeiros e Médicos. Uberaba-MG, 2023.				
VARIÁVEL	FREQUÊNCIA	% DO TOTAL	FREQUÊNCIA	% DO TOTAL
Sexo	Frequência	% do Total	Frequência	% do Total
Feminino	27	81,8%	6	50%
Masculino	6	18,2%	6	50%
Idade				
20 a 29 anos	02	6,1%	0	0,0%
30 a 39 anos	14	42,4%	04	33,3%
40 a 49 anos	13	39,4%	04	33,3%
50 a 59 anos	03	9,1%	03	25,0%
60 ou mais	01	3,0%	01	8,3%

<b>Tempo de Formado</b>				
Até 2 anos	0	0,0%	0	0,0%
2 a 5 anos	01	3,0%	0	0,0%
6 a 10 anos	04	12,1%	02	16,7%
11 a 15 anos	12	36,4%	03	25,0%
16 a 20 anos	05	15,2%	02	16,7%
21 ou mais	11	<b>33,3%</b>	05	<b>41,7%</b>
<b>Titulação</b>				
Graduação	0	0,0%	04	33,3%
Especialização/Residência	18	<b>54,5%</b>	05	<b>41,7%</b>
Residência	08	24,2%	03	25,0%
Mestrado	07	21,2%	0	0,0%
Doutorado	0	0,0%	0	0,0%
Pós-doutorado	0	0,0%	0	0,0%
<b>Tempo de Atuação</b>				
Até 2 anos	08	24,2%	01	8,3%
2 a 5 anos	04	12,1%	02	16,7%
6 a 10 anos	12	<b>36,4%</b>	03	<b>25,0%</b>
11 a 15 anos	01	3,0%	01	8,3%
16 a 20 anos	06	18,2%	03	25,0%
21 ou mais	02	6,1%	02	16,7%

## 6.2 DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO

Os discursos construídos estão dispostos de acordo com a intensidade com que cada expressão-chave foi colocada, buscando transparecer as ideias captadas. Ao todo, foram entrevistados 33 enfermeiros e 12 médicos, representantes do setor Terciário de Uberaba, concretizando um total de 39 discursos e são os 26 títulos dos discursos dos enfermeiros e 13 títulos dos discursos dos médicos.

No quadro 03 estão dispostos todos os títulos dos discursos sobre percepção de enfermeiros e médicos sobre ações Referência e Contrarreferência no Setor Terciário.

**Quadro 03.** Discursos dos enfermeiros e médicos sobre percepção das ações de Referência e Contrarreferência no Setor Terciário. Uberaba, 2024.

<b><i>Títulos dos Discursos dos Enfermeiros</i></b>	<b><i>Títulos dos Discursos dos Médicos</i></b>
<i>Encaminhamento para resolução dos problemas do paciente da APS para maior complexidade</i>	<i>Encaminhamento da APS para atenção especializada nas demandas de maior complexidade do paciente</i>
<i>Encaminhamento qualificado nos vários pontos de atenção à saúde</i>	<i>Integração da RAS para continuidade do cuidado de modo justificado</i>
<i>Encaminhamento documentado para continuidade do cuidado</i>	<i>Retorno documentado à APS para continuidade do cuidado</i>
<i>Encaminhamento do paciente da maior para a menor complexidade, retorno à origem</i>	<i>Evolução do cuidado da maior para a menor complexidade</i>
<i>Devolutiva do paciente para continuidade do cuidado</i>	<i>Resolução de demandas de maior complexidade</i>
<i>Retorno do paciente com necessidades atendidas para manter o seu acompanhamento</i>	<i>Referência na perspectiva de interconsulta e contrarreferência à APS</i>
<i>Orientações de contrarreferência para a RAS ao paciente no momento de alta</i>	<i>Maior integração e articulação e melhoria das TIC na RAS</i>
<i>Encaminhamentos às especialidades intra-hospitalares</i>	<i>Melhoria na resolutividade da APS, revisão das linhas de cuidado e da regulação</i>
<i>Contrarreferência documentada da APS para continuidade do cuidado na região ampliada</i>	<i>Maior gerenciamento da SMS, EPS e integração de equipes</i>
<i>Orientações de contrarreferência para a RAS ao paciente no momento de alta.</i>	<i>Estratégias para a EPS</i>
<i>Ausência de conhecimento e de protocolo institucional</i>	<i>EPS abordando a Política Nacional de Regulação na formação curricular</i>
<i>A enfermagem não se sente responsável pela ação</i>	<i>Temáticas para a EPS na Referência e Contrarreferência</i>
<i>Melhoria da referência pela regulação e resolutividade da APS</i>	<i>A necessidade de estruturação em TIC</i>

<i>Melhoria na Tecnologia da Informação e Comunicação</i>	
<i>Instituir o protocolo de Referência e Contrarreferência</i>	
<i>Criar sistema informatizado e interligado</i>	
<i>EPS para conceitos e fluxos com o envolvimento da gestão</i>	
<i>Reorganização de fluxos e sua divulgação</i>	
<i>Melhorar a comunicação e articulação da RAS para melhor resposta profissional e resolutividade ao paciente</i>	
<i>Classificação de situações para referência e contrarreferência como uma política</i>	
<i>Necessidade conjunta de estruturação da rede</i>	
<i>Tópicos para EPS</i>	
<i>EPS de modo multiprofissional, intersetorial e regional</i>	
<i>A EPS na integralidade do cuidado</i>	
<i>O uso da simulação clínica na EPS</i>	
<i>A abordagem da referência e contrarreferência na formação curricular</i>	

### 6.2.1 PERCEPÇÕES DAS AÇÕES DE REFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Da questão “O que você entende por ações de Referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”, emergiram três discursos para ambas categorias de entrevistados, dispostos na quadro 4 para enfermeiros e quadro 5 para médicos.

**Quadro 04.** Discursos dos enfermeiros sobre o entendimento do que é referência, Uberaba, 2024.

<b>Títulos dos discursos</b>	<b>Discurso do sujeito coletivo</b>
<i>Encaminhamento para resolução dos problemas do paciente da APS para maior complexidade</i>	<i>É o momento de encaminhamentos quando o serviço de saúde em que ele está sendo atendido não tem recursos materiais, humanos, equipamentos, de exames, tratamentos suficientes para resolver os problemas do paciente. Dessa forma, ele tem que referenciar para outro serviço na rede de atenção à saúde que consiga fornecer o recurso que o paciente necessita para aquele problema. É o ato de encaminhar da Atenção Primária para níveis mais especializados e com maior densidade tecnologicamente, de um serviço de menor complexidade para um de maior complexidade de acordo com o estado de saúde do paciente.</i>
<i>Encaminhamento qualificado nos vários pontos de atenção à saúde</i>	<i>Em um modelo de atenção à saúde que se propõe constitutivo em redes de atenção hierarquizadas. A referência seria o encaminhamento de maneira qualificada, de onde vem o cliente, para serviços em que os usuários possam ser encaminhados para o tratamento na rede pública de atendimento, para ser acompanhado. Ou ainda, cuidado com o paciente dentro do sistema através dos vários pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, serviços de hemoterapia e hematologia, entre outros.</i>
<i>Encaminhamento documentado para continuidade do cuidado</i>	<i>É o encaminhamento para outro setor/especialidade da Rede de Atenção à Saúde que atenda na melhor continuidade do tratamento e cuidado do paciente dentro da rede pública / do sistema, com a devida documentação e registros. Trata-se de referenciar a outro setor especializado da Rede de Atenção à Saúde que atenda os diferentes níveis de atenção, onde o paciente possa ter a continuidade do tratamento de determinada doença. Ou seja, é cuidado com o paciente dentro do sistema. 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>

**Quadro 05.** Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é referência, Uberaba, 2024.

<b>Títulos dos</b>	<b>Discurso do sujeito coletivo</b>
--------------------	-------------------------------------

<b>discursos</b>	
<i>Encaminhamento da APS para atenção especializada nas demandas de maior Complexidade do paciente</i>	<i>É o ato ou processo de encaminhar um paciente da atenção básica para outro profissional/especialista em uma unidade especializada para diagnóstico e/ou tratamento, avaliação, exame, procedimento ou ações de reabilitação. Ou ainda, o encaminhamento do paciente da atenção primária, Complexidade de um nível de menor para maior complexidade no cuidado..</i>
<i>Integração da RAS para continuidade do cuidado de modo justificado</i>	<i>É a boa comunicação com a rede de apoio ao paciente no nível de atenção onde se encontra para a continuidade na linha do cuidado, com informações e justificativas consistentes para o outro segmento de atenção à saúde.</i>

## 6.2.2 PERCEPÇÕES DAS AÇÕES DE CONTRARRREFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Com relação a contrarreferência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?”, foram extraídos três discursos tanto para enfermeiros e médicos entrevistados, apontados nos quadros 6 e 7 respectivamente.

**Quadro 06.** Discursos dos enfermeiros sobre o entendimento do que é contrarreferência, Uberaba, 2024.

<b>Títulos dos discursos</b>	<b>Discurso do sujeito coletivo</b>
<i>Encaminhamento do paciente da maior para a menor complexidade, retorno à origem</i>	<i>É o processo de encaminhamento do paciente de uma instituição de saúde de maior complexidade (atenção/terciária) após tratamento no local, de modo que a continuidade da assistência possa ser realizada por uma unidade de saúde de menor complexidade (atenção primária ou secundária). Normalmente é encaminhado para o serviço de origem).</i>
<i>Devolutiva do paciente para continuidade do cuidado</i>	<i>Devolução do paciente para acompanhamento e orientações. Uma forma de buscar a continuidade do cuidado na atenção básica de forma integral e com respeito às necessidades de cada cliente.</i>
<i>Retorno do paciente com necessidades atendidas para manter o seu acompanhamento</i>	<i>Retornar de um serviço especializado, ou seja, o paciente foi atendido e já utilizou todos os recursos humanos, materiais, de exames, tratamento para atender e resolver os seus problemas e se contra referenciou da especialidade para outro serviço da RAS para acompanhamento, por exemplo do hospital para a UBS..</i>

<i>Orientações de contrarreferência para a RAS ao paciente no momento de alta</i>	<i>Pacientes atendidos, que apresentam queixas não condizentes, são orientados a procurar a RAS e, no momento da alta também são feitas orientações.</i>
---	--

**Quadro 07.** Discursos dos médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência, Uberaba, 2024.

<b><i>Títulos dos discursos</i></b>	<b><i>Discurso do sujeito coletivo</i></b>
<i>Retorno documentado à APS para continuidade do cuidado</i>	<i>É o processo de retorno do paciente à unidade de origem (do especialista para a unidade básica) com relatório contendo informações pertinentes necessárias sobre o parecer do outro profissional, detalhes da conduta e/ou sugestões sobre o manejo do caso, para a continuidade/seguimento do cuidado na atenção primária.</i>
<i>Evolução do cuidado da maior para a menor complexidade</i>	<i>Evolução do paciente para o serviço / unidade de maior complexidade para cuidado de menor complexidade, após a realização do tratamento proposto, quando o paciente se encontra melhorado da condição que exigia cuidado especializado.</i>
<i>Resolução de demandas de maior complexidade</i>	<i>A contrarreferência recebe o paciente encaminhado corretamente pela rede básica ou outra unidade de atendimento, para dar assistência `a demandas de maior complexidade, e também, assistência especializada para complicações em pacientes internados em outras unidades hospitalares.</i>

### 6.2.3 AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM SUA PRÁTICA LABORAL

Da questão “Você aplica alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática? Se sim/não quais?”, foram extraídos quatro discursos para os enfermeiros entrevistados e um para médicos, dispostos respectivamente nos quadros 8 e 9.

**Quadro 08.** Discursos dos enfermeiros sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática, Uberaba, 2024.

<b><i>Títulos dos discursos</i></b>	<b><i>Discurso do sujeito coletivo</i></b>
-------------------------------------	--

<i>Encaminhamentos às especialidades intra-hospitalares</i>	<i>Não propriamente uma contrarreferência, mas dentro da unidade de internação, é possível realizar/buscar encaminhamentos que auxiliem a continuidade dos cuidados, como às especialidades e os serviços ambulatoriais, situando acerca da condição de saúde dos pacientes.</i>
<i>Contrarreferência documentada da APS para continuidade do cuidado na região ampliada</i>	<i>Sim, a contrarreferência dos pacientes atendidos nas diversas especialidades do hospital para os níveis primários (municípios da macrorregião) para a continuidade dos cuidados daqueles pacientes que recebem alta. Através de relatórios, formulários padronizados do SUS, carta de encaminhamento para a APS ou contato telefônico informal discutindo o caso.</i>
<i>Orientações de contrarreferência para a RAS ao paciente no momento de alta.</i>	<i>Pacientes atendidos, que apresentam queixas não condizentes, são orientados a procurar a RAS e, no momento da alta também são feitas orientações.</i>
<i>Ausência de conhecimento e de protocolo institucional</i>	<i>Não, por falta de conhecimento e orientação em relação aos pontos da RAS para o qual poderia fazer este processo; também há falta de protocolo institucional e rotina, normatizações ou fluxos definidos entre os serviços, quando ocorre, é de modo informal. Além disso, há sobrecarga de trabalho.</i>
<i>A enfermagem não se sente responsável pela ação</i>	<i>Pacientes atendidos, que apresentam queixas não condizentes, são orientados a procurar a RAS e, no momento da alta também são feitas orientações.</i>

**Quadro 09.** Discursos dos médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática, Uberaba, 2024.

<b>Títulos dos discursos</b>	<b>Discurso do sujeito coletivo</b>
<i>Referência na perspectiva de interconsulta e contrarreferência à APS</i>	<i>Sim, faço referência quando encaminho meus pacientes para avaliação de outras categorias profissionais e /ou outras especialidades; e contrarreferência quando o paciente se encontra melhor para continuidade do tratamento na atenção primária em saúde ou hospitais menos complexos. Solicito participação de diversos elementos das equipes, geralmente em casos de doenças crônicas como HAS e diabetes, para monitoramento dos níveis pressóricos, cobertura vacinal, etc... Mas também para informações às equipes de saúde da família acompanharem pacientes que necessitem de suportes domiciliares.</i>

## 6.2.4 NECESSIDADE DE MUDANÇAS NAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA E SUGESTÕES

Da questão “Você acha que devem acontecer mudanças nas práticas de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.”, foram construídos três discursos para os enfermeiros entrevistados (quadro 10) e quatro para médicos (quadro 11).

**Quadro 10.** Discursos dos enfermeiros sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2004.

<i>Títulos dos discursos</i>	<i>Discurso do sujeito coletivo</i>
<i>Melhoria da referência pela regulação e resolutividade da APS</i>	<i>No caso da referência: melhora na regulação, para conhecimento dos diversos pontos de atenção da rede pelos diferentes atores; maior resolutividade na origem para encaminhamentos necessários e oportunos, bem como, receber o paciente vindo da CR, aumentando a disponibilidade de recursos tecnológicos e materiais na APS.</i>
<i>Melhoria na Tecnologia da Informação e Comunicação</i>	<i>Sim, melhorar a comunicação e informatização entre os serviços e ferramentas 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.</i>
<i>Instituir o protocolo de Referência e Contrarreferência</i>	<i>Instituir protocolo de referência e contrarreferência nas unidades de saúde, especialmente a hospitalar.</i>
<i>Criar sistema informatizado e interligado</i>	<i>Uma sugestão seria um sistema através de meio eletrônico, informatizado, único e efetivo, com acesso ao prontuário. O mesmo usado em todos os serviços/rede – interligados, para que os profissionais pudessem visualizar todo histórico de saúde do paciente, a fim de evitar consultas e exames desnecessários e que proporcionasse o cuidado integral do paciente.</i>
<i>EPS para conceitos e fluxos com o envolvimento da gestão</i>	<i>Capacitação dos funcionários/profissionais em primeira mão, com definição e reflexão acerca dos termos, orientação de como fazer, mapeamento para onde encaminhar, de modo contínuo e trimestral; alcançando a gestão para que essa prática seja de fato implementada com garantia.</i>
<i>Reorganização de fluxos e sua divulgação</i>	<i>Maior divulgação e esclarecimento na mídia para a comunidade externa sobre os serviços de atendimento, sobre os pontos da RAS para os quais poderíamos realizar o fluxo e, no caso das unidades ambulatoriais especializadas, como</i>

.	<i>acontece conosco, o fluxo de atendimentos entre os prestadores de serviço municipal devem ser melhor definidos e publicizados</i>
<i>Melhorar a comunicação e articulação da RAS para melhor resposta profissional e resolutividade ao paciente</i>	<i>Precisa melhorar a comunicação e articulação entre os profissionais dos hospitais de referência e a rede municipal de unidades básicas e ESF. Isto buscando na referência e contrarreferência evitar que o paciente fique perdido e que o profissional que o atenderá entenderá o motivo do encaminhamento, sobretudo acerca do histórico e tratamentos que o paciente já realizou.</i>
<i>Classificação de situações para referência e contrarreferência como uma política</i>	<i>Definição de uma política do município ou do estado para classificação das situações que envolvem as possibilidades de referência e contrarreferência, com retorno direcionado para melhor acompanhamento dos pacientes.</i>

**Quadro 11.** Discursos dos médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2024.

<b><i>Títulos dos discursos</i></b>	<b><i>Discurso do sujeito coletivo</i></b>
<i>Maior integração e articulação e melhoria das TIC na RAS</i>	<i>Sim. Deve acontecer uma maior integração e articulação da atenção primária, secundária e terciária, com fluxos melhor definidos e facilitação na troca de informações, incluídas de forma adequada, enérgica, ou seja, obrigatória. O uso de prontuário eletrônico unificado, favorece os acessos à uma rede mais integrada, desburocratizada, com a melhoria do acesso dos pacientes.</i>
<i>Melhoria na resolutividade da APS, revisão das linhas de cuidado e da regulação</i>	<i>Sim, a APS deveria absorver e resolver um número maior de casos, encaminhando para os níveis secundários casos específicos. Por sua vez, as linhas de cuidados devem ser melhor definidas na RAS, com cada instância executando suas funções de fato, bem como, a melhora da resposta da regulação.</i>
<i>Maior gerenciamento da SMS, EPS e integração de equipes</i>	<i>Sim, com orientação aos profissionais, maior integração de equipes e melhor gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde.</i>

## 6.2.5 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 construídos quatro discursos para ambas categorias, sendo trazidos nos quadros 12 e 13 respectivamente.

**Quadro 12.** Discursos dos enfermeiros acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2024.

<b>Títulos dos discursos</b>	<b>Discurso do sujeito coletivo</b>
<i>Necessidade conjunta de estruturação da rede</i>	<i>Sim; mas juntamente com esforços em prol de estruturação da rede, possibilitando que efetivamente se tenham serviços para onde realizar a referência e contrarreferência. Normalmente não há como contrarreferenciar o paciente ou esta se tornar apenas burocrática, não sendo utilizada.</i>
<i>Tópicos para EPS</i>	<i>Sim, informando os pontos da RAS para referenciamento; a relação custo efetividade do processo; o fluxo padrão do município para a referência e contrarreferência; a abordagem dos aspectos conceituais; importância do uso; cuidados pós alta hospitalar; e, sobre a elaboração de protocolos/instrumentos</i>
<i>EPS de modo multiprofissional, intersetorial e regional</i>	<i>Sim, através do treinamento continuado, em especial de novos membros da equipe; multiprofissional e intersetorial; com gestores de todas unidades assistenciais dos municípios da região envolvendo a secretaria municipal de saúde da cidade polo.</i>
<i>A EPS na integralidade do cuidado</i>	<i>Sim, os profissionais precisam se conscientizar da importância dessas ações para a integralidade do cuidado. Para isto é preciso estabelecer uma frequência de treinamentos para capacitação de profissionais de saúde, o que instrumentaliza a equipe possibilitando uma melhor assistência a um número maior de pacientes..</i>
<i>O uso da simulação clínica na EPS</i>	<i>Sim. Através da simulação de casos clínicos que envolvam a referência de um paciente da atenção primária / secundária para a terciária, e que após tratamento e estabilidade é contrarreferenciado para continuidade na atenção primária. Treinamentos abordando situações reais com demonstração de fluxos e de atendimentos possíveis, que mostrem a importância e os benefícios para a população assistida. Os treinamentos devem ser in loco, pontuais e específicos para levantar as dificuldades e</i>

	<i>trabalhar planos de melhoria.</i>
<i>A abordagem da referência e contrarreferência na formação curricular</i>	<i>Sim. O tema deveria ser apresentado aos residentes médicos no período de integração e inserido nas grades curriculares das graduações.</i>

**Quadro 13.** Discursos dos médicos concernente às atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões. Uberaba, 2024.

<b><i>Títulos dos discursos</i></b>	<b><i>Discurso do sujeito coletivo</i></b>
<i>Estratégias para a EPS</i>	<i>Sim; através de palestras, vídeos rápidos explicativos e cursos de curta duração online..</i>
<i>EPS abordando a Política Nacional de Regulação na formação curricular</i>	<i>Sim. Todo o conteúdo relacionado a Política Nacional de Regulação deveria ser inserido na grade curricular dos cursos e programas de residências médicas, com estágios curriculares nas diversas áreas de regulação.</i>
<i>Temáticas para a EPS na Referência e Contrarreferência</i>	<i>Sim. Educação permanente englobando desde temas básicos, que podem ser mantidos no nível primário, até fluxos de referência e contrarreferência..</i>
<i>A necessidade de estruturação em TIC</i>	<i>Sim. São necessários formulários detalhados de referência e contrarreferência que podem contribuir com a continuidade do tratamento; bem como, a prática do contrarreferenciamento pelos profissionais de saúde através de relatórios que permitam o melhor manejo dos casos clínicos. É preciso padronização de ações.</i>

## **7. DISCUSSÃO**

### **7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E SUAS CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS**

A composição do quadro de profissionais de enfermagem neste estudo segue uma tendência observada em outros estudos, com 81,8% de enfermeiros do sexo feminino, o que está em consonância com as pesquisas de Verçosa (2020), Da Silva (2021) e Menegaz (2023). Em contraste, a medicina apresenta um equilíbrio de gênero, com 50% de homens e 50% de mulheres. Os dados deste estudo indicam uma paridade de gênero, com 50% dos médicos entrevistados sendo mulheres, o que

reflete uma mudança nesse cenário ao longo do tempo.

Em relação à faixa etária, a predominância de enfermeiros e médicos na faixa etária de 30 a 49 anos (77,8%) supera a média nacional de 66,62%, conforme dados do Ministério da Saúde. Campos e Malik (2008), em um estudo sobre médicos no Município de São Paulo, observaram que 52,1% dos médicos tinham até 40 anos, enquanto apenas 3,3% ultrapassaram os 59 anos. Neste estudo, 25% dos médicos entrevistados estavam na faixa etária de 50 a 59 anos, o que está em consonância com as pesquisas de Franco et al. (2023) e Oliveira et al. (2023). Para os enfermeiros, 9,1% estão nesta faixa etária, o que reflete uma diferença na distribuição etária entre as duas profissões.

Quanto ao tempo de formação e titulação acadêmica, todos os enfermeiros possuem mais de cinco anos de formação, com 36,4% tendo entre 11 e 15 anos de carreira. A maioria dos enfermeiros (54,5%) possui especialização ou residência. Entre os médicos, 41,7% têm mais de 21 anos de formação, e o mesmo percentual possui residência ou especialização. Apesar de 21,2% dos enfermeiros possuírem titulação de mestrado, nenhum dos médicos entrevistados possui pós-graduação stricto sensu. A ausência de titulação acadêmica avançada entre os médicos pode estar relacionada à falta de incentivo e valorização da pesquisa no ambiente prático, como apontado por Müller et al. (2023).

## 7.2 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE REFERÊNCIA

O quadro 14 apresenta os discursos de enfermeiros e médicos a percepção sobre o que seja referência.

**Quadro 14.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é referência, , Uberaba, 2024.

<b>DSC</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<i>DISCURSO 01</i>	<i>Encaminhamento para resolução dos problemas do paciente da APS para maior complexidade</i>	<i>Encaminhamento da APS para atenção especializada nas demandas de maior complexidade do paciente</i>
<i>DISCURSO</i>	<i>Encaminhamento qualificado nos vários</i>	<i>Integração da RAS para continuidade</i>

02	pontos de atenção à saúde	do cuidado de modo justificado
DISCURSO 03	Encaminhamento documentado para continuidade do cuidado	

O discurso “02” da categoria médico se diferencia dos demais por abordar os pólos multidimensionais do Cuidado:

*“[...] É a boa comunicação com a rede de apoio ao paciente no nível de atenção onde se encontra para a continuidade na linha do cuidado, com informações e justificativas consistentes para o outro segmento de atenção à saúde”.*

O discurso contempla todas as dimensões de continuidade do cuidado, consolida-se quatro domínios essenciais: interpessoal, longitudinal, gerencial e informacional. (DENNY, 2017). Nessa direção, a continuidade interpessoal envolve a subjetividade na relação de cuidado entre paciente e profissional de saúde. A longitudinal refere-se a um histórico de interações com o mesmo profissional. A gerencial traduz-se nos processos de coordenação, entre as equipes e serviços de saúde de diferentes níveis para prestação de um cuidado coeso. Por fim, a continuidade informacional trata da disponibilidade de informações clínicas e psicossociais em todos os atendimentos. (DENNY, 2017)

A maioria das palavras dos discursos são: Encaminhamento/encaminhar (quadro 12) e o uso da repetição de terminologia análoga à referência expressa o entendimento dos conceitos, em que caracteriza por ser um processo de organização e articulação dos pontos da rede de atenção à saúde, com fluxo do menor para o maior nível tecnológico, constituindo um processo sistêmico e hierarquizado dos encaminhamentos e percursos dos usuários (SANTOS et al, 2021).

Os enfermeiros e médicos da Atenção terciária percebem as características do que é referência, bem como, do fluxo direcional entre os níveis de complexidade, como no discurso “03” da categoria enfermeiros e discurso “02” da categoria médicos.:

*“[...] É o ato de encaminhar da Atenção Primária para níveis mais especializados e com maior densidade tecnologicamente, de um serviço de menor complexidade para um de maior complexidade de*

*acordo com o estado de saúde do paciente”*

*“[...]O encaminhamento do paciente da atenção primária, de um nível de menor para maior complexidade no cuidado.”*

Por outro lado, o uso excessivo do termo pode indicar uma abordagem limitada ou superficial. O uso da palavra "encaminhamento" pode negligenciar outros aspectos fundamentais, como: A comunicação entre profissionais ou ainda a perspectiva do paciente no fluxo de encaminhamentos, para garantir que o processo não seja apenas técnico eficaz, mas também centrado em suas necessidades, experiências e direitos. A continuidade do cuidado depende diretamente de uma comunicação clara e eficaz entre os níveis de atenção e do engajamento do paciente no processo, garantindo que suas necessidades sejam compreendidas e atendidas.(BELGA , 2022),

No discurso “03” da categoria enfermeiros e discurso “02” da categoria médicos o destaque é o uso da terminologia Continuidade do Cuidado , de modo convergente, ressaltam aspectos complementares e indispensáveis para garantir os interação do cuidado depende em uma perspectiva de interação eficiente entre os diferentes pontos da RAS. Continuidade do cuidado pode ser compreendida como modalidade de assistência que proporciona tratamento terapêutico e autonomia ao usuário, proveniente da experiência vivenciada no serviço de saúde, conservação da assistência e vínculo entre a Rede de Atenção à Saúde (AZEVEDO et al, 2016;ROLDAN-CHICANO et al, 2018; GALLO, 2022).

Ao se tratar do significado de “referência” , a maioria dos discursos de ambas categorias têm em seus títulos a palavra " Encaminhamento" , visão que demonstra a compreensão dos sujeitos do que seria encaminhamento dentro do sistema de saúde, com foco na organização do cuidado e na garantia da continuidade assistencial, especialmente entre diferentes níveis de complexidade no atendimento. Encaminhamento corresponde ao direcionamento do ao itinerário de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde, no qual o paciente é direcionado para serviços que solucionem suas necessidades, os quais a fonte solicitante não está preparada para fornecer às clínicas. É preciso informações clínicas sucintas e objetivas para modular a avaliação das solicitações pelo sistema regulador ( BERNARDINO JR et.al,

2020; DECS, 2023).

### 7.3 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS E MÉDICOS SOBRE CONTRARREFERÊNCIA

No quadro 15 estão dispostos os títulos dos discursos sobre percepção de enfermeiros e médicos sobre o que é contrarreferência.

**Quadro 15.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre o entendimento do que é contrarreferência.

<b>DSC</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<i>DISCURSO 01</i>	<i>Encaminhamento do paciente da maior para a menor complexidade, retorno à origem</i>	<i>Retorno documentado à APS para continuidade do cuidado</i>
<i>DISCURSO 02</i>	<i>Devolutiva do paciente para continuidade do cuidado</i>	<i>Evolução do cuidado da maior para a menor complexidade</i>
<i>DISCURSO 03</i>	<i>Retorno do paciente com necessidades atendidas para manter o seu acompanhamento</i>	<i>Resolução de demandas de maior complexidade</i>

‘ No discurso “01” da categoria enfermeiros e discurso “02” da categoria médicos trazem trechos na íntegra definições literárias e do MS com a clareza dos fluxos transacionais entre os agentes:

*“ É o processo de encaminhamento do paciente de uma instituição de saúde de maior complexidade (atenção/terciária) após tratamento no local, de modo que a continuidade da assistência possa ser realizada por uma unidade de saúde de menor complexidade (atenção primária ou secundária). Normalmente é encaminhado para o serviço de origem.”*

*“Evolução do paciente para o serviço / unidade de maior complexidade para cuidado de menor complexidade, após a realização do tratamento proposto, quando o paciente se encontra melhorado da condição que exigia cuidado especializado.”*

A compreensão sobre o que é contrarreferência entre os diferentes níveis de integração do sistema de saúde, a coordenação do cuidado pode ser classificada como a orientação para o retorno do usuário à Atenção Primária à Saúde garantir a continuidade do cuidado, das explanações conceituais , nota-se a confluência do que o termo representa dentro da RAS. (ANDRADE, FRANCISCHETTI,2020),

Além de perceberem preceitos dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e orientam e normatizam as ações de saúde no âmbito da Atenção Básica, melhorando a organização e a qualidade dos serviços. Estes cadernos abordam aspectos da gestão, organização e execução dentro da RAS.(BRASIL, 2013), os indivíduos compreendem o papel devolutivo da contrarreferência ao serviço de origem, como exposto no discurso “01” da categoria médicos:

*“É o processo de retorno do paciente à unidade de origem (do especialista para a unidade básica) com relatório contendo informações pertinentes necessárias sobre o parecer do outro profissional[...].”*

De modo conceitual, os discursos demonstram clareza sobre o objetivo principal da contrarreferência de informar à Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto coordenadora do cuidado, sobre os procedimentos realizados, diagnósticos estabelecidos e recomendações terapêuticas.(BRASIL,2022).

Em seus depoimentos atribuíram a referência e contrarreferência algumas concepções, dentre as quais discutem-se: “*Encaminhamento e Continuidade do cuidado*”, o que denota a preocupação com a resolutividade e acompanhamento do usuário. A contrarreferência é uma das principais estratégias de garantia de continuidade do cuidado na circunstância de retorno ao local de origem, reunindo tanto as decisões assistenciais como administrativas definidas, além de que sua inexistência gera a descontinuidade da assistência (LIMA *et al*, 2023).

#### 7.4 COTIDIANO DAS AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS

No quadro 16 estão os títulos dos discursos sobre o cotidiano de Referência e Contrarreferência em sua prática.

**Quadro 16.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a aplicação de alguma ação de Referência e Contrarreferência em sua prática. Uberaba, 2024.

<b>DSC</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<i>Discurso 1</i>	<i>Encaminhamentos às especialidades intra-hospitalares</i>	<i>Referência na perspectiva de interconsulta e contrarreferência à APS</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Contrarreferência documentada da APS para continuidade do cuidado na região ampliada</i>	
<i>Discurso 3</i>	<i>Orientações de contrarreferência para a RAS ao paciente no momento de alta</i>	
<i>Discurso 4</i>	<i>Ausência de conhecimento e de protocolo institucional</i>	

Discurso 5	A enfermagem não se sente responsável pela ação	
------------	---	--

Ao se tratar das ações de referência e contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos no cotidiano laboral, ambos discursos reconhecem a importância da articulação entre os serviços para oferecer um cuidado integrado, alinhado às necessidades do paciente. Em contrapartida, os discursos “04” e “05” da categoria enfermeiros reconhecem a ausência de referenciamento e contrarreferenciamento em suas rotinas de trabalho.

Percebe-se que ambos os discursos “04” e “05” expõem como justificativa para ausência de tais ações a falta de conhecimento e de protocolo institucional, demonstrados respectivamente :

*“Não, por falta de conhecimento e orientação em relação aos pontos da RAS para o qual poderia fazer este processo; também há falta de protocolo institucional e rotina...” e “Não é incentivado na área da enfermagem, não sendo atribuição do meu cargo, pois quem encaminha é o médico e a assistente social[...]”*

Os sujeitos da categoria enfermeiros atribuem que a ineficiência das ações de referenciamento reflete a falta de conhecimento e orientação sobre os pontos da RAS; carência de protocolos e normatizações institucionais, sobrecarga de trabalho; percepção limitada das atribuições; falta de incentivo institucional, centralização no médico ou núcleo de regulação.

A racionalização e construção da gestão do cuidado em um hospital do SUS deve apresentar experiências de mudanças no processo de gestão e cuidado, destacando a importância da em um ambiente hospitalar capaz de promover a integralidade da atenção na rede de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) enfatiza a necessidade de colocar o paciente no centro do processo de cuidado, para tal, a abordagem deve ser humanizada com a articulação de diversos atores, como pacientes e profissionais de saúde, assegurando que o sistema seja eficaz não apenas em termos técnicos, mas também no cumprimento de responsabilidades sociais e éticas.(BRASIL,2013)

A exposição traz multifatores e reflete problemas estruturais com a necessidade de implementar protocolos institucionais, valorizar a enfermagem no cuidado coordenado e reduzir a sobrecarga de trabalho. Os enfermeiros desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde, é essencial que sejam valorizados e motivados a progredirem na carreira, assegurando assim um atendimento de qualidade. No entanto, eles enfrentam obstáculos significativos, como a sobrecarga de trabalho, que se manifestam em longas jornadas, escassez de pessoal qualificado, situações de alta pressão e estresse contínuo, afetando a sua saúde física e mental (MACEDO, et al; 2024)

## 7.5 PERSPECTIVAS DO CENÁRIO DE MUDANÇAS SOBRE AÇÕES DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DOS ENFERMEIROS E MÉDICOS

Estão, no quadro 17, os títulos dos discursos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e sugestões.

**Quadro 17.** Títulos dos discursos de enfermeiros e médicos sobre a necessidade de mudanças nas ações de referência e contrarreferência e suas sugestões.

<b>DSC</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<i>Discurso 1</i>	<i>Melhoria da referência pela regulação e resolutividade da APS</i>	<i>Fluxo integrado e melhoria das TICs na RAS</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Adequar respostas da Contrarreferência e resolutividade da APS</i>	<i>Melhoria na resolutividade da APS, revisão das linhas de cuidado e da regulação</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>Instituir o protocolo de Referência e Contrarreferência</i>	<i>Maior gerenciamento da SMS, EPS e integração de equipes</i>
<i>Discurso 4</i>	<i>Criar sistema informatizado e interligado</i>	
<i>Discurso 5</i>	<i>EPS para conceitos e fluxos com o envolvimento da gestão</i>	
<i>Discurso 6</i>	<i>Reorganização de fluxos e sua divulgação</i>	

<i>Discurso 7</i>	<i>A comunicação e articulação da RAS para melhor resposta profissional e resolutividade ao paciente</i>	
<i>Discurso 8</i>	<i>Classificação de situações para referência e contrarreferência como uma política</i>	

Os discursos “02”, “04” e “07” da categoria enfermeiros e discurso “01” da categoria médicos confluem sobre a necessidade de maior articulação entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário). Nota-se como exemplo o discurso “01” da categoria médicos, a fala encontra-se em consonância direta com normas e diretrizes do Ministério da Saúde:

*“ [...] Deve acontecer uma maior integração e articulação da atenção primária, secundária e terciária, com fluxos melhor definidos e facilitação na troca de informações...”*

O fortalecimento da APS, bem como a devolutiva dos usuários ao serviço de origem da atenção especializada também estão presentes nos discursos “01”, “02” e “03” da categoria enfermeiros, respectivamente:

*“[...] maior resolutividade na origem para encaminhamentos necessários e oportunos, bem como, receber o paciente vindo da CR, aumentando a disponibilidade de recursos tecnológicos e materiais na APS...”;*

*“[...] retaguarda da especialidade nos casos de intercorrências; mas, o especialista deve entender que o paciente compensado pode seguir na origem (devidamente orientado e localizado) ;*

*“[...] Instituir protocolo de referência e contrarreferência nas unidades de saúde, especialmente a hospitalar...”.*

A integração da Rede de Atenção à Saúde e a melhoria dos fluxos assistenciais são fundamentais para a efetividade do Sistema Único de Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica, destaca a importância da Atenção Primária à ordenadora da rede, enfatizando a necessidade de coordenação entre os diversos níveis de atenção

para garantir a integralidade do cuidado.(BRASIL,2017)

O fluxo ordenado entre os diferentes níveis de atenção à saúde é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e evitar fragmentações no atendimento. A adoção de sistemas informatizados e fluxos bem definidos, como prontuários eletrônicos unificados, facilita o compartilhamento de informações e a coordenação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um cuidado mais eficiente e centrado no paciente" (BRASIL, 2022).

Apesar do reconhecimento da importância da APS como a ordenadora do Cuidado , os apontamentos sobre a necessidade de protocolos e gestão são apontados nos discursos “03”,“05” e “06” da categoria enfermeiros, respectivamente :

*“[...]Instituir protocolo de referência e contrarreferência nas unidades de saúde, especialmente a hospitalar...” ;*

*“[...] mapeamento para onde encaminhar, de modo contínuo e trimestral; alcançando a gestão para que essa prática seja de fato implementada com garantia....”;*

*“[...]sobre os pontos da RAS para os quais poderíamos realizar o fluxo e, no caso das unidades ambulatoriais especializadas, como acontece conosco, o fluxo de atendimentos entre os prestadores de serviço municipal devem ser melhor definidos e publicizados...”*

Os discursos indicam falhas ou ineficiência nos protocolos de referência e contrarreferência que iniciam-se no compartilhamento das informações de forma informatizada dispendo de tecnologias de comunicação e informação por meio de prontuários eletrônicos para melhorar a troca de informações entre os níveis de atenção.com foco na comunicação entre profissionais, para evitar que o paciente fique desorientado e garantir o entendimento do histórico de saúde, esboçados nos discursos “04” e “07” da categoria enfermeiros e discurso “03” da categoria médicos.

A adoção de sistemas informatizados e fluxos bem definidos, como prontuários eletrônicos unificados, facilita o compartilhamento de informações e a coordenação

entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um cuidado mais eficiente e centrado no paciente" (BRASIL, 2022).

A Capacitação contínua de profissionais para entendimento dos fluxos e conceitos de referência e contrarreferência é vista como ferramenta para o desenvolvimento ativo da gestão para reorganizar fluxos e implementar mudanças(discursos "05" e "06" da categoria enfermeiros), respectivamente:

*"[...]Capacitação dos funcionários/profissionais em primeira mão, com definição e reflexão acerca dos termos, orientação de como fazer, mapeamento para onde encaminhar, de modo contínuo e trimestral; alcançando a gestão para que essa prática seja de fato implementada com garantia[...]";*

*"[...] Maior divulgação e esclarecimento na mídia para a comunidade externa sobre os serviços de atendimento, sobre os pontos da RAS para os quais poderíamos realizar o fluxo e, no caso das unidades ambulatoriais especializadas."*

As palavras como "capacitação"(21), "comunicação"(12), "informação"(10) e "gestão"(05)são incidentes entre os discursos apresentados(quadro 12) e trazem uma correlação com a proposta de continuidade do cuidado, uma vez que capacitam os profissionais, eliminam barreiras comunicacionais, fornecem subsídios informacionais e promovem uma gestão integrada, pilares para a efetivação de um sistema de saúde eficaz e centrado no paciente.

A capacitação contínua dos profissionais é essencial para que eles compreendam e implementem adequadamente os fluxos e protocolos na RAS, garantindo a efetividade dos encaminhamentos e o retorno adequado nos processos de referência e contrarreferência. Além disso, o estudo enfatiza que ações de comunicação eficiente entre as equipes de saúde podem reduzir os casos de duplicidade de procedimentos e promover uma melhor coordenação do cuidado. GALLO et. al., 2022)

A acessibilidade às informações clínicas é outro ponto destacado, por sua vez os sistemas informatizados e interligados são fundamentais para o fortalecimento da continuidade do cuidado, permitindo que os profissionais tenham acesso ao histórico completo do paciente e possam tomar decisões mais precisas e seguras.(GAMA, 2023).

A palavra gestão aparece de forma efetiva para ilustrar a necessidade do funcionamento resolutivo da RAS, de modo eficaz articula os diferentes níveis de atenção, assegurando a disponibilidade de recursos e a implementação adequada dos protocolos de referência e contrarreferência, promovendo a integralidade do cuidado.(BRASIL,2023),

## 7.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇAS

No quadro 18 estão 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.

**Quadro 18.** Títulos dos discursos dos enfermeiros e médicos relacionados a atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

<b>DSC</b>	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>
<i>Discurso 1</i>	<i>Necessidade conjunta de estruturação da rede</i>	<i>Estratégias para a EPS</i>
<i>Discurso 2</i>	<i>Tópicos para EPS</i>	<i>EPS abordando a Política Nacional de Regulação na formação curricular</i>
<i>Discurso 3</i>	<i>EPS de modo multiprofissional, intersetorial e regional</i>	<i>Temáticas para a EPS na Referência e Contrarreferência</i>
<i>Discurso 4</i>	<i>Estratégias para a realização da EPS</i>	<i>A necessidade de estruturação em TIC</i>
<i>Discurso 5</i>	<i>A EPS na integralidade do cuidado</i>	
<i>Discurso 6</i>	<i>O uso da simulação clínica na EPS</i>	
<i>Discurso 7</i>	<i>A abordagem da referência e contrarreferência na formação curricular</i>	

Os discursos “02”, “03”, “05”, “07”, da categoria enfermeiros e os discursos “01” e “02 e “03”, da categoria médicos , respectivamente, enfatizam a Educação Permanente e Capacitação como prioridade, bem como, a conscientização dos profissionais por meio de treinamentos, palestras, vídeos educativos, e cursos de curta duração:

*[...] Sim, informando os pontos da RAS para referenciamento; a relação custo efetividade do processo; o fluxo padrão do município para a referência e contrarreferência; a abordagem dos aspectos conceituais; importância do uso; cuidados pós alta hospitalar; e, sobre a elaboração de protocolos /instrumentos”*

*“Sim, através do treinamento continuado, em especial de novos membros da equipe; multiprofissional e intersetorial; com gestores de todas unidades assistenciais dos municípios da região envolvendo a secretaria municipal de saúde da cidade polo.”*

*“Sim, os profissionais precisam se conscientizar da importância dessas ações para a integralidade do cuidado. Para isto é preciso estabelecer uma frequência de treinamentos para capacitação de profissionais de saúde, o que instrumentaliza a equipe possibilitando uma melhor assistência a um número maior de pacientes”.*

*“Sim. O tema deveria ser apresentado aos residentes médicos no período de integração e inserido nas grades curriculares das graduações”.*

*“Sim; através de palestras, vídeos rápidos explicativos e cursos de curta duração online”.*

*“Sim. Educação permanente englobando desde temas básicos, que podem ser mantidos no nível primário, até fluxos de referência e contrarreferência.”*

A Educação Permanente em Saúde é um instrumento edificador de espaços coletivos, sustentado na possibilidade de transformações das ações dos indivíduos entre os sujeitos de uma equipe, promovendo uma cultura de aprendizagem contínua e colaborativa indispensável em todos os níveis de atenção à saúde. Além disso, o desenvolvimento das ações para o acompanhamento da população fornece experiências extraordinárias e reflexões entre a equipe multiprofissional que pode realizar a troca de informações com a população, sendo essas ações marcadas por interesse e entusiasmo, quando bem aplicadas.(MARQUES et al., 2021).

O discurso “06” da categoria enfermeiros destaca-se por propor o uso da simulação de casos clínicos ( e ferramentas práticas, como formulários e protocolos padronizados, é destacado como forma de instrumentalizar as equipes para o manejo adequado dos fluxos de referência e contrarreferência

*“Sim. Através da simulação de casos clínicos que envolvam a referência de um paciente da atenção primária / secundária para a terciária, e que após tratamento e estabilidade é contrarreferenciado para continuidade na atenção primária. Treinamentos abordando situações reais com demonstração de fluxos e de atendimentos possíveis, que mostrem a importância e os benefícios para a população assistida. Os treinamentos devem ser in loco, pontuais e específicos para levantar as dificuldades e trabalhar planos de melhoria.”*

*“ Sim. Todo o conteúdo relacionado a Política Nacional de Regulação deveria ser inserido na grade curricular dos cursos e programas de residências médicas, com estágios curriculares nas diversas áreas de regulação.”*

A implementação de programas de educação permanente que utilizam simulações de casos clínicos e treinamentos práticos tem se mostrado eficaz na capacitação de equipes de saúde. Essas metodologias ativas permitem que os profissionais desenvolvam habilidades técnicas e não técnicas em um ambiente controlado, promovendo a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. A simulação in situ, realizada no próprio ambiente de trabalho, facilita a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e a identificação de áreas que necessitam de melhoria.

Estudos indicam que essa abordagem contribui para o desenvolvimento de competências clínicas e aprimora a comunicação e o trabalho em equipe.(SCHMIDT,2020).

Outro ponto relevante é a abordagem curricular da temática, mencionada nos discursos “07”, da categoria enfermeiros e “02” , da categoria médicos , que destacam a importância de incorporar a referência e contrarreferência nos programas acadêmicos e de residência. Isso pode contribuir para formar profissionais mais preparados para enfrentar os desafios da gestão do cuidado na RAS.

*“Sim. O tema deveria ser apresentado aos residentes médicos no período de integração e inserido nas grades curriculares das graduações[...].”*

*“Sim. Todo o conteúdo relacionado a Política Nacional de Regulação deveria ser inserido na grade curricular dos cursos e programas de residências médicas, com estágios curriculares nas diversas áreas de regulação”.*

Incluir disciplinas teóricas e práticas que abordem o fluxo de referência e contrarreferência, com ênfase nas políticas de regulação da saúde, promovendo a compreensão do impacto desses processos no cuidado integral ao paciente. A aprendizagem vivenciada pelas/os estudantes ocorre por meio de um processo de construção, envolvendo o resgate de conhecimentos prévios em diálogo com as vivências para potencializar o saber fazer na vida profissional, à luz do entendimento de que a saúde e o cuidado a ser construída não são privilégios ou caridade, mas sim direito (FRANK et al., 2015; FREITAS et al., 2018)

O uso de TICs para padronização e melhoria na comunicação são sugeridas nos discursos “04”, da categoria enfermeiros e “03” , da categoria médicos, respectivamente, apontam a necessidade de implementar sistemas informatizados e interligados que facilitem a continuidade do cuidado, incluindo o uso de formulários detalhados e relatórios padronizados.

*“Sim, através de curso EaD, banners informativos, vídeos educativos, simpósios, palestras e panfletos, com o uso de estudos de caso e simulação.”*

*“Sim. São necessários formulários detalhados de referência e contrarreferência que podem contribuir com a continuidade do tratamento; bem como, a prática do contrarreferenciamento pelos profissionais de saúde através de relatórios que permitam o melhor manejo dos casos clínicos. É preciso padronização de ações.”*

O emprego das TICs mostra-se eficaz para melhorar a coordenação entre diferentes níveis de atenção à saúde. A eficiência dessas tecnologias aumenta a precisão e agilidade dos profissionais de saúde é notável. A adoção das TICs na saúde influencia positivamente a geração, processamento, armazenamento e utilização das informações, contribuindo significativamente para a melhoria dos processos de trabalho, gestão e suporte tecnológico.

Essas mudanças resultam em uma assistência mais qualificada e eficiente à população (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2020; RIBEIRO; CAVALCANTE, 2020).

Além disso, os vídeos educativos têm um caráter inclusivo, permitindo o acesso às informações de saúde em diversas plataformas, como smartphones, tablets e computadores, o que possibilita que pacientes de diferentes localidades possam ter acesso às mesmas orientações, independentemente de barreiras geográficas. Isso é particularmente importante em um país com grande extensão territorial, como o Brasil, onde muitas vezes a população de áreas rurais e periféricas enfrenta dificuldades no acesso à assistência presencial (SILVA; OLIVEIRA, 2021).

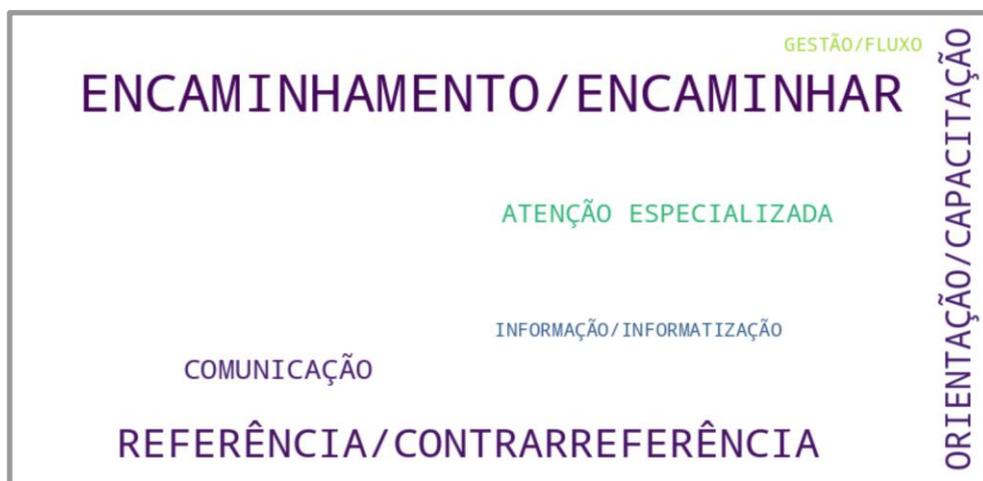
## 7.7 PALAVRAS CHAVES NO CONTEXTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: CONSTRUÇÃO DA NUVEM DE PALAVRAS

O quadro 19 apresenta a frequência com que determinadas palavras foram utilizadas nos discursos dos enfermeiros e médicos acerca da necessidade de atividades de educação permanente em ações de referência e contrarreferência e sugestões.

**Quadro 19.** Incidência representativa das palavras com maior incidência entre os discursos Uberaba, 2024.

<i>Incidência (n°)</i>	<i>PALAVRAS</i>
54	ENCAMINHAMENTO/ENCAMINHAR
29	REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA
21	ORIENTAÇÃO/CAPACITAÇÃO
12	COMUNICAÇÃO
10	ATENÇÃO ESPECIALIZADA
10	INFORMAÇÃO/INFORMATIZAÇÃO
5	GESTÃO/FLUXO

**Quadro 20 .** Nuvem de palavras representativa das palavras com maior incidência



A incidência dessas palavras no contexto de referência e contrarreferência revela a necessidade de um sistema de cuidados bem estruturado, onde a continuidade do atendimento e a integração entre serviços e profissionais sejam prioritárias. O uso de tecnologias da informação, aliado à capacitação dos profissionais e à gestão eficaz, torna possível garantir que os encaminhamentos e referências sejam feitos de forma eficiente, melhorando a qualidade do atendimento e a experiência do usuário. A comunicação e o processo de orientação também desempenham papéis cruciais para garantir que todos os envolvidos no processo de cuidado estejam alinhados.

A Diretriz para Organização da Atenção à Saúde: Rede de Cuidados e Atenção Especializada destaca a importância dos processos de referência e contrarreferência. Para que esses processos funcionem de maneira eficiente, é essencial a capacitação contínua dos profissionais de saúde, garantindo uma comunicação eficaz entre eles. Além disso, a utilização de tecnologias de informação, como sistemas de informatização, facilita a gestão do fluxo de pacientes e a coordenação entre a atenção básica e especializada (BRASIL, 2017).

A diretriz visa criar uma rede de cuidados integrada, onde os diferentes níveis de atenção se comunicam de forma coordenada, com o compartilhamento de informações detalhadas para garantir a continuidade do cuidado.

## 7.8 GESTÃO EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: NOVAS POSSIBILIDADES E DIMENSÕES

Para pensar em gestão e seus componentes—estrutura, processo e resultado—é fundamental buscar uma base sólida para avaliar a qualidade dos serviços de saúde no contexto da rede de cuidados do SUS. A estrutura do SUS, com sua organização e recursos, reflete-se nas diretrizes de atenção primária e especializada, enquanto a gestão do processo de referência e contrarreferência garante a continuidade do cuidado.

Os modelos de gestão no setor de saúde são essenciais para o planejamento e organização dos serviços. A partir da estrutura, o fluxo de pacientes pode ser controlado, resultando em melhorias no atendimento e, conseqüentemente, nos

resultados obtidos.

O modelo de Donabedian é um dos mais influentes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Ele é baseado em três componentes principais: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se ao ambiente no qual os cuidados de saúde são prestados, incluindo os recursos disponíveis, a organização dos serviços e as condições materiais e humanas necessárias para fornecer cuidados de qualidade. O processo envolve o que ocorre durante o cuidado de saúde, como as interações entre profissionais e pacientes, as decisões clínicas, os tratamentos e os cuidados prestados. Já os resultados dizem respeito aos efeitos ou impactos do cuidado de saúde sobre a saúde dos pacientes, que podem ser tanto de saúde (por exemplo, cura, controle de doenças, qualidade de vida) quanto de satisfação dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

Sem dúvida, o modelo Donabedian é uma escolha robusta para avaliar a qualidade dos serviços. Quando utilizado como ferramenta de gestão e avaliação, ele oferece uma visão ampla e integrada da qualidade do atendimento em saúde e propõe ações corretivas em tempo real, melhorando a utilização dos recursos de saúde e promovendo o que Donabedian chama de "sete pilares da qualidade" na área da saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Apesar de ter sido proposto há quase 40 anos, os pilares da qualidade de Donabedian ainda são uma referência importante para a qualidade hospitalar. Vale a pena considerar sua implementação como ferramenta para antecipar ações que evitem riscos de eventos adversos.

## 7.9 TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES EM REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: FERRAMENTAS DE TRANSFORMAÇÃO

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) são ferramentas que facilitam a gestão, a comunicação e o acesso à informação no setor de saúde, promovendo inovação e progresso. Elas possibilitam a implementação de sistemas mais eficientes de comunicação e gestão da informação, contribuindo para a redução de custos e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Além disso, ao identificar e superar barreiras existentes, os profissionais de saúde podem utilizar as

TICs para desenvolver estratégias que atendam tanto às necessidades atuais quanto futuras, reforçando a eficácia dos cuidados de saúde globalmente (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2021).

O Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação de Saúde Digital para o Brasil (PAMA 2019-2023), aprovado em 2019 e publicado em 2020 (BRASIL, 2020a), estabelece a base conceitual para a Saúde Digital, incluindo sua integração com outras políticas públicas e de saúde, como o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), além de estratégias e iniciativas de Governo Digital.

Em relação às tecnologias em saúde digital, espera-se que elas proporcionem benefícios como a melhoria na capacidade de processar em tempo real grandes volumes de dados em saúde, o aprimoramento na gestão de casos e na tomada de decisões, maior controle de surtos epidêmicos e fortalecimento da resposta do sistema de saúde, além de possibilitar o monitoramento e a gestão da saúde populacional. A Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 define ações prioritárias para o alinhamento estratégico entre os processos de incorporação tecnológica nos setores público e privado, com o objetivo de fortalecer a base produtiva e integrada (BRASIL, 2020a).

Nesse contexto, a digitalização dos cuidados de saúde representa não apenas um avanço tecnológico, mas também uma oportunidade para transformar positivamente as práticas de referência e contrarreferência. A adoção de prontuários eletrônicos, telemedicina, sistemas informacionais e outras inovações facilita o acesso remoto e garante tratamentos mais rápidos e eficazes. Contudo, é essencial que a implementação dessas tecnologias seja acompanhada de políticas públicas adequadas, que assegurem a segurança dos dados e o acesso equitativo à tecnologia, além de promover a capacitação contínua dos profissionais de saúde.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo contou com a colaboração de 45 profissionais de saúde do município de Uberaba -MG, sendo 33 enfermeiros e 12 médicos que atuam diretamente na assistência de usuários do um hospital público de alta complexidade, pertencente à Rede de Atenção de Saúde , representativo do setor terciário do Sistema Único de Saúde. A aplicação da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo ,

permitiu a construção de 38 discursos representativos das percepções de enfermeiros e médicos. Esses discursos foram analisados à luz de um modelo conceitual contemporâneo da Continuidade do Cuidado, proporcionando uma compreensão aprofundada do entendimento dos profissionais sobre as atividades de referência e contrarreferência em seu campo prático laboral.

.Ao analisar a percepção dos profissionais sobre as ações de referência e contrarreferência, foi possível identificar um conhecimento concreto acerca dos conceitos, protocolos e diretrizes estabelecidos nos manuais das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Esse conhecimento foi destacado como essencial pelos entrevistados, que apontaram como estratégia de resposta a valorização das experiências vivenciadas no ambiente de trabalho e os fatores que influenciam a qualidade dessas ações.

Percebe-se um sentimento de desapontamento , frente a não resolução das ações de referência e contrarreferência , assim como, a vontade de desprender-se de sugestões e propostas práticas para melhorias , bem como , a consciência do cerne da problemática que começa desse a falta da abordagem da temática na graduação, educação permanente e contínua, protocolos institucionais que direcionam a prática dessas ações

Cabe destacar que a representação social que estava mais compartilhada no cenário estudado, diz respeito à percepção de que as lacunas das ações de referência e contrarreferência estão relacionadas ao contexto organizacional, questões referentes a falta de comunicação e de tecnologias informacionais capazes de integrar os serviços dentro das Redes de Atenção à saúde. estão em destaque como apontamentos mais expressivas, com a incidência de 7 destacadas em uma nuvem de palavras chave que nortearam a análise dos discursos.

A percepção dos profissionais está embasada, em parte, na própria legislação e nos manuais do Ministério da Saúde que normatizam a terminologia e os conceitos envolvidos nas ações de referência e contrarreferência. Os resultados sugerem que a qualidade dessas ações está comprometida tanto pelos aspectos intrínsecos à profissão quanto pelas condições do ambiente laboral e organizacional.

Os fatores que impactam diretamente na satisfação no trabalho. Aspectos

como: estrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais; alta demanda e condições de trabalho desafiadoras, falta de educação permanente, insuficiência de recursos tecnológicos, como principais fatores que comprometem a qualidade das ações e, conseqüentemente, geram insatisfação e desmotivação. Sentimentos de ineficiência diante da não resolutividade das necessidades integrais dos usuários e da comunidade também foram recorrentes nos relatos.

A organização eficiente desse processo foi apontada como fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a resolutividade das condições de saúde da população. Além disso, o aprimoramento desse sistema tem potencial para otimizar custos, reduzir o tempo de espera, ampliar o acesso da população e aumentar a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais envolvidos.

A continuidade do cuidado, entretanto, exige a capacitação, motivação e empoderamento dos profissionais, bem como uma gestão participativa e comprometida dos profissionais pode ser embasada no fato da própria legislação, bem como os manuais preconizam a terminologia e conceitos destacados.

À organização do processo de referência e contrarreferência, pode ser visualizado de forma sofisticada como continuidade do cuidado, capaz de possibilitar a oferta de melhoria das condições de saúde da população, otimizar custos, tanto do sistema quanto do paciente, reduzir tempo desse processo como um todo, amplia acesso da população e aumenta a satisfação de quem a utiliza, tanto no panorama da população quanto dos profissionais atuantes.

. Nesse contexto, o uso de tecnologias de comunicação e informação, aliado a ações de educação permanente em saúde, assume um papel central. As tecnologias facilitam a integração entre diferentes níveis de atenção, promovem a troca de informações em tempo real e apoiam a gestão eficiente dos fluxos de pacientes. Já a educação permanente contribui para o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais, abordando desde a compreensão conceitual até a implementação prática de melhorias no processo de referência e contrarreferência.

A melhoria das ações de referência e contrarreferência depende diretamente da qualidade da gestão, como proposta de melhoria, pode ser orientada por modelos como o de Donabedian (DONABEDIAN, 1988). Esse modelo atemporal, permite

empregar a análise estrutural dos processos, resultados e impactos, promovendo um cuidado mais eficiente. O uso das tecnologias de comunicação e informação, aliado a uma abordagem integrada de educação permanente, potencializa a capacitação dos profissionais, fortalece os vínculos entre os diferentes níveis de atenção e facilita a coordenação do cuidado.

Por fim, a continuidade do cuidado deve ser entendida e planejada em toda a sua complexidade técnica, gerencial, longitudinal e interpessoal. Para alcançar uma assistência resolutiva, equitativa e satisfatória para todos os envolvidos, é imprescindível investir na gestão integrada, aliada ao uso estratégico de tecnologias inovadoras e ao fortalecimento das ações de educação permanente das equipes de saúde.

Além disso, recomenda-se ampliar a realização de investigações como esta, que busquem compreender não apenas as necessidades dos usuários, mas também identificar e abordar as falhas nos processos de referência e contrarreferência. Essas ações são fundamentais para garantir a oferta de atenção contínua, coordenada e integral à população atendida, fortalecendo a articulação entre os diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde e promovendo melhorias sustentáveis no cuidado em saúde.

## 9. REFERÊNCIAS

ANDRADE, LS; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. *Saúde & Transformação Social/Saúde Mudança Social* , v. 10, n. 1/2/3, pág. 054-064, 2020.

AZEVEDO, C. et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva* , 2016.

BRASIL. Lei 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 exceções. *Diário Oficial da União* , 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080) . Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf) . Acesso em: 5 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de referência e contrarreferência: diretrizes para a articulação entre os níveis de atenção no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de Atenção à Saúde: estruturação e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude> . Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Plano de ação, monitoramento e avaliação da estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023. Brasília, DF: MS, 2020a. Disponível em: <https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/PAMA-Saude-digital.pdf> . Acesso em: 7 jan. 2025.

BELGA, SMMF; JORGE, AO; SILVA, KL 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. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46n133/551-570/pt>. Acesso em: 14 conjuntos. 2024.

BERNARDINO JÚNIOR, SV; MEDEIROS, CRG; SOUZA, CF; KICH, J.; ALVES, AM; CASTRO, LC de. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 126, pág. 694–707, 2020. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>. Acesso em: 7 jan. 2025.

CARDOSO, RN; SILVA, RS; SANTOS, DMS Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde*, v. 4, n. 1, pág. 2691-2706, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24488/19557>. Acesso em: 7 jan. 2025.

COSTA, MFBNA et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a atenção primária à saúde na Espanha. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Dia da mulher negra latino-americana e caribenha: enfermagem tem maioria negra e feminina. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/dia-da-mulher-negra-latino-americana-e-caribenha-enfermagem-tem-maioria-negra-e-feminina/>. Acesso em: 5 jan. 2025.

DEENY, S.; BARKER, I.; STEVENTON, A. Briefing: reduzindo admissões hospitalares por meio da melhoria da continuidade do cuidado na prática geral. Londres: The Health Foundation, 2017.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2024. edição. Rev. e ampl. São Paulo : BIREME /OPAS/ OMS, 2024. Disponível em : <https://decs.bvsalud.org/thr/resource/>. Acesso em: 9 dez.. 2024.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica (nº26): Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. ISBN 978-85-334-1698-7

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital de Clínicas

da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sudeste/hc-uftm/dimensionamento-de-servicos?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-sudeste/hc-uftm/dimensionamento-de-servicos?utm_source=chatgpt.com) .

Acesso em: 12 jan. 2025.

CARDOSO, A.; SILVA, R.; SANTOS, F. Impactos das TICs na Saúde: Transformações e Oportunidades. Editora Saúde Digital, 2020.

FRANK, JR et al. CanMEDs 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, p. 30, 2015. Disponível em: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/resources/publications> .

FRATINI, JRG Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí (SC), Centro de Ciências da Saúde, 2007.

FREITAS, LS; RIBEIRO, MF; BARATA, JLM O desenvolvimento de competências na formação médica: os desafios de se conciliar com as Diretrizes Curriculares Nacionais num cenário educacional em transformação. *Rev. Minas Gerais* , n. 28, pág. 1 a 8, 2018. DOI: 10.5935/2238-3182.20180039.

FREITAS, GBL de. Pesquisas e Ações em Saúde Pública. 3.ed. Irati: Pasteur, 2022. Disponível em: <https://editorapasteur.com.br/wp-content/uploads/2022/02/Pesquisa-e-Acoes-em-Saude-Publica-3a-ed.-222-p..pdf> . Acesso em: 7 jan. 2025.

GAMA, LMP Transição de cuidados da internação hospitalar ao domicílio: estudo de método misto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2023.

GALLO, VCL; HAMMERSCHMIDT, KSA; KHALAF, D.; LOURENÇO, RG; BERNARDINO, E. Transição e continuidade do cuidado na percepção dos enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista Recien* , v. 38, pág. 173-182, 2022.

GOULARTE, AF et al. Continuidade do cuidado: Atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. *Revista Mineira de Enfermagem* , 2021.

DONABEDIAN, A. A qualidade do cuidado: Como pode ser avaliada? *Journal of the American Medical Association* , Chicago, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

GERMANO, JM; CECCIM, RB; SANTOS, AS; VILELA, AB Entre nós: educação permanente em saúde como parte do processo de trabalho dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Physis* , v. 32, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320110> .

LIMA, LS 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> .

MARQUES, 2021. Educação Permanente.

MACEDO, KD et al. O impacto da sobrecarga de trabalho na saúde dos profissionais de enfermagem. *Ciências da Saúde* , v. 28, ed. 135, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/o-impacto-da-sobrecarga-de-trabalho-na-saude-dosprofissionaisdeenfermagem> . Acesso em: 7 jan. 2025.

MENTÍMETRO. Plataforma interativa para apresentações e pacotes em tempo real. Disponível em : <https://www.mentimete.com> .

MULLER, JH; SCHRÖEDER, CS Demandas e Desejos de Pós-Graduandos Stricto Sensu em uma Universidade Federal do Sul do Brasil. *Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas* , v. 1, pág. 63-69, 2023.

OLIVEIRA, JS et al. Perfil clínico do profissional médico e abordagem da mudança do estilo de vida com o paciente: existe relação?. *Revista Brasileira de Revisão de Saúde* , v. 6, n. 1, pág. [2448-2463](https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-191) , 2023. DOI : <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-191> .

PAIM, J. O Sistema de Saúde Brasileiro. In: MERHY, EE (org.). O SUS e a saúde coletiva: desafios contemporâneos. São Paulo: Hucitec, 2011.

RIBEIRO, SP; CAVALCANTE, MLT Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: Dispositivo para ampliação do acesso e melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 5, pág. 1799-1808, 2020.

SANTOS, RC; BISPO, LDG; FERREIRA, LLL; SOUZA, JLS; JESUS, LS; TEIXEIRA,

VS; HERNANDES, RS; SILVA, RAS Referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde: desafios para a integralidade. *Revista de Atenção à Saúde* , v. 69, pág. 51-65, 2021.

SCHMIDT, Daniel Alexandre et al. Simulação in situ: uma ferramenta de segurança do paciente e educação interprofissional. *Revista Brasileira de Educação Médica* , v.

SILVA, J.; OLIVEIRA, L. Desafios no Acesso à Saúde em Áreas Remotas: O Papel das Tecnologias na Redução das Desigualdades. *Revista de Saúde Pública* , 54(1), p. 101-112, 2021.

WARE, C. Visualização de informação: percepção para design. 4ª ed. Morgan Kaufmann Interactive Technologies Series, 2012.

RANCO, CM; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 821-836 , 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022> .

SANTOS, TCC; TOZETTO, SS Pós-graduação stricto sensu e desenvolvimento profissional docente: relações possíveis. *IX Congresso de Educação* , João Pessoa – PB, 2023. DOI: 10.46943/IX.CON

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Terciária à Saúde

**Título do Projeto:** Referência e Contrarreferência: A Percepção dos Enfermeiros e Médicos da Atenção Terciária 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.**

<b>Rubrica do participante</b>	<b>do Data</b>	<b>Rubrica do pesquisador</b>	<b>do Data</b>

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](mailto: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](mailto: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.**

<b>Rubrica do participante</b>	<b>Data</b>	<b>Rubrica do pesquisador</b>	<b>Data</b>

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:

<b>Pesquisador Responsável</b>	<b>Pesquisador responsável assistente</b>	<b>Pesquisador responsável assistente</b>
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.**

<b>Rubrica participante</b>	<b>do</b>	<b>Data</b>	<b>Rubrica pesquisador</b>	<b>do</b>	<b>Data</b>
---------------------------------	-----------	-------------	--------------------------------	-----------	-------------