

Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde

Ana Flávia Machado de Oliveira Alves

Referência e Contrarreferência: ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde

Uberaba, MG

2025

Ana Flávia Machado de Oliveira Alves

Referência e Contrarreferência: ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde

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

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde das populações

Eixo Temático: Saúde do adulto e do idoso

Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos

Uberaba, MG

2025

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

| | |
|-------|---|
| A477r | <p>Alves, Ana Flávia Machado de Oliveira Referência e contrarreferência: ações de educação permanente na atenção primária à saúde / Ana Flávia Machado de Oliveira Alves. -- 2025. 67 f. : il., fig., graf., tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025 Orientador: Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos</p> <p>1. Atenção primária à saúde. 2. Encaminhamento e consulta. 3. Continuidade da assistência ao paciente. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Educação em saúde. I. Santos, Álvaro da Silva. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.39</p> |
|-------|---|

Ana Flávia Machado de Oliveira Alves

Referência e Contrarreferência: ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde.

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

Uberaba, 18 de Fevereiro de 2025.

Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **ALVARO DA SILVA SANTOS**
Data: 21/02/2025 17:21:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profº Drº Álvaro da Silva Santos - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 **DIVANICE CONTIM**
Data: 21/02/2025 13:16:58-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profº Drº Divanice Contim

Documento assinado digitalmente
 **MARIA CRISTINA TRALDI**
Data: 21/02/2025 19:30:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profº Drº Maria Cristina Traldi

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre me proteger e fortalecer nesta jornada. Porque Dele, por Ele e para Ele, são todas as coisas.

Ao meu esposo, Lucas, pelo abraço forte e refúgio nos dias difíceis, pelo incentivo e por acreditar no meu potencial quando eu não acreditava que chegaria até aqui.

Ao meu filho, Augusto, mesmo tão pequeno e recém chegado ao mundo, me trouxe forças para lutar e vencer todos os dias.

À minha mãe Edelane, ao meu pai Marcelo e meu padrasto Renato, pelo apoio incondicional, palavras de aconchego, pelo Sol em dias nublados e por serem meu ninho, onde sempre posso voltar e pousar.

Aos meus avós, que com muito amor, carinho e paciência me assistiram até aqui.

Aos meus queridos irmãos, minha fonte de inspiração. Aos meus sobrinhos, meus filhos do coração.

À minha querida tia Renata e tio Mamede pela presença, apoio e amor de sempre.

Ao professor Dr. Álvaro pela oportunidade, orientações, ensinamentos e paciência durante todo o período do mestrado.

Aos enfermeiros e doutores Giovanna Gaudenci e Luan, responsáveis por me apresentar ao mundo da pesquisa. Ao grupo de pesquisa CIFACS por compartilhar todo conhecimento.

A todos os graduandos que em algum momento contribuíram na realização desta pesquisa, em especial, Luana e Hadryel.

A todos os professores e colaboradores da Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro por viabilizarem a realização deste trabalho.

ALVES, Ana Flávia Machado de Oliveira. **Referência e contrarreferência: ações de Educação Permanente na Atenção Primária à Saúde**. 2025 Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde é caracterizada como a principal porta de entrada do sistema de saúde com o propósito de desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, melhoria ao acesso à saúde, garantia do acolhimento, continuidade e qualidade do cuidado integral e humanizado. A Referência e a Contrarreferência são ferramentas organizacionais das práticas de trabalho de equipes de saúde caracterizadas por encaminhamentos e retorno dos usuários entre os diferentes serviços das RAS. A Educação Permanente em Saúde tem como meta: fortalecer os espaços de formação do sistema sanitário e potencializar, interrogar e/ou modificar as ações, pelas quais a vivência no trabalho é princípio para os processos educativos. **Objetivos:** Levantar as necessidades/sugestões de sobre a Referência e Contrarreferência e realizar ações de educação permanente direcionada à enfermeiros e médicos na Atenção Primária à Saúde no Município de Uberaba, Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo com interface em extensão (pesquisa-ação). **Resultados:** Na primeira etapa participaram do estudo participaram 96 profissionais, entre eles 53 enfermeiros e 4. As ações de Educação Permanente em Saúde aconteceram em quatro grupos com dois encontros cada. Estiveram presentes nas ações educativas 72 profissionais (37 enfermeiros e 35 médicos), além dos membros da gestão em encontros aleatórios. **Discussão:** A pesquisa revelou a necessidade de mudanças nas práticas acerca de Referência e Contrarreferência. Os profissionais, realizaram sugestões de ações de Educação Permanente em Saúde para a discussão da realidade do tema no município. Além de qualificar os profissionais atuantes da rede pública, é preciso também ações de educação em saúde com os pacientes, desde o primeiro momento em que ele adentrar a RAS. **Conclusão:** É necessário a construção de uma prática direcionada continuidade do cuidado em toda sua complexidade, analisando cada nuance, incluindo tanto os aspectos gerenciais e informacionais, que tendem a ser mais técnicos, quanto aspectos longitudinais e interpessoais que envolvem vínculos e relações. Tais ações exigem profissionais capacitados, empoderados e motivados, além de uma gestão participante.

Palavras-Chave: Encaminhamento e Consulta. Continuidade da Assistência ao Paciente. Educação Permanente em Saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ALVES, Ana Flávia Machado de Oliveira. **Reference and counter-reference: Continuing Education actions in Primary Health Care.** 2025 Dissertation (Master's in Health Care) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is characterized as the main gateway to the healthcare system, with the purpose of developing actions for disease prevention and health promotion, improving access to healthcare, ensuring welcoming care, continuity, and quality of comprehensive and humanized care. The Referral and Counter-Referral system are organizational tools in the work practices of healthcare teams, characterized by the referral and return of users between different services within the Health Care Network (RAS). Permanent Health Education aims to strengthen training spaces within the healthcare system and enhance, question, and/or modify actions, in which work experience serves as a foundation for educational processes. **Objectives:** To identify the needs/suggestions regarding the Referral and Counter-Referral system and implement permanent health education actions aimed at nurses and physicians in Primary Health Care in the municipality of Uberaba, Minas Gerais. **Methods:** This is a qualitative study with an extension interface (action research). **Results:** In the first phase, 96 professionals participated in the study, including 53 nurses and 4 physicians. Permanent Health Education actions were conducted in four groups, with two sessions each. A total of 72 professionals (37 nurses and 35 physicians) attended the educational sessions, along with management team members in random meetings. **Discussion:** The study revealed the need for changes in practices related to the Referral and Counter-Referral system. The professionals made suggestions for Permanent Health Education actions to discuss the reality of this issue in the municipality. In addition to training professionals working in the public healthcare network, it is also necessary to implement health education actions for patients, starting from the moment they enter the Health Care Network (RAS). **Conclusion:** It is essential to build a practice that ensures continuity of care in all its complexity, analyzing each nuance, including both managerial and informational aspects, which tend to be more technical, and longitudinal and interpersonal aspects, which involve bonds and relationships. Such actions require skilled, empowered, and motivated professionals, as well as active management participation.

Key-Words: Referral and Consultation. Continuity of Patient Care. Continuing Health Education. Unified Health System. Primary Health Care.

ALVES, Ana Flávia Machado de Oliveira. **Referencia y contrarreferencia: Acciones de Educación Continua en Atención Primaria de Salud.** 2025 Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2025.

RESUMEN

Introducción: La Atención Primaria de Salud (APS) se caracteriza como la principal puerta de entrada al sistema de salud, con el propósito de desarrollar acciones para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, mejorar el acceso a la atención médica, garantizar una atención acogedora, la continuidad y la calidad del cuidado integral y humanizado. El sistema de Referencia y Contrarreferencia son herramientas organizativas en las prácticas laborales de los equipos de salud, caracterizadas por la derivación y el retorno de los usuarios entre los diferentes servicios dentro de la Red de Atención en Salud (RAS). La Educación Permanente en Salud tiene como objetivo fortalecer los espacios de formación dentro del sistema sanitario y potenciar, cuestionar y/o modificar las acciones, en las cuales la experiencia laboral sirve como base para los procesos educativos. Se asume que el conocimiento existente de enfermeros y médicos en la Atención Primaria de Salud en Uberaba es insuficiente. **Objetivos:** Identificar las necesidades/sugerencias sobre el sistema de Referencia y Contrarreferencia e implementar acciones de educación permanente en salud dirigidas a enfermeros y médicos en la Atención Primaria de Salud en el municipio de Uberaba, Minas Gerais. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo con una interfaz de extensión (investigación-acción). **Resultados:** En la primera fase, participaron en el estudio 96 profesionales, entre ellos 53 enfermeros y 4 médicos. Las acciones de Educación Permanente en Salud se llevaron a cabo en cuatro grupos, con dos sesiones cada uno. Un total de 72 profesionales (37 enfermeros y 35 médicos) asistieron a las sesiones educativas, junto con miembros del equipo de gestión en reuniones aleatorias. **Discusión:** El estudio reveló la necesidad de cambios en las prácticas relacionadas con el sistema de Referencia y Contrarreferencia. Los profesionales hicieron sugerencias para acciones de Educación Permanente en Salud con el fin de discutir la realidad de esta cuestión en el municipio. Además de capacitar a los profesionales que trabajan en la red pública de salud, también es necesario implementar acciones de educación en salud para los pacientes, desde el primer momento en que ingresan a la Red de Atención en Salud (RAS). **Conclusión:** Es fundamental construir una práctica que garantice la continuidad del cuidado en toda su complejidad, analizando cada matiz, incluyendo tanto los aspectos gerenciales e informacionales, que

tienden a ser más técnicos, como los aspectos longitudinales e interpersonales, que involucran vínculos y relaciones. Tales acciones requieren profesionales capacitados, empoderados y motivados, así como la participación activa de la gestión.

Palabras- Clave: Referencia y Consulta. Continuidad de la atención al paciente. Educación Continua en Salud. Sistema Único de Salud.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Serviços de saúde de Uberaba por distritos sanitários. Uberaba, 2023..... | 28 |
| Figura 2 - Fases da Pesquisa e número de participantes, Uberaba, 2024..... | 29 |
| Figura 3 - “Nuvem de palavras” do primeiro encontro, Uberaba, 2024..... | 44 |
| Figura 4 - “Nuvem de palavras” do segundo encontro, Uberaba, 2024..... | 45 |
| Figura 5 - “Nuvem de palavras” do terceiro encontro, Uberaba, 2024..... | 46 |
| Figura 6 - “Nuvem de palavras” do quarto, Uberaba, 2024..... | 46 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Discursos dos Enfermeiros acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023..... | 37 |
| Quadro 2 - Discursos dos Médicos acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023..... | 37 |
| Quadro 3 - Discursos dos Enfermeiros acerca de atividades sobre a necessidade de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023..... | 38 |
| Quadro 4 - Discursos dos Médicos acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023..... | 39 |
| Quadro 5 - Identificação da Proposta de Ação, Uberaba, 2024..... | 40 |
| Quadro 6 - Conteúdo Programático Primeiro Encontro, Uberaba, 2024..... | 40 |
| Quadro 7 - Conteúdo Programático Segundo Encontro, Uberaba, 2024..... | 41 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde no município de Uberaba, 2023..... | 35 |
| Tabela 2 - Distribuição de respostas ao instrumento Avaliação da Percepção da Intervenção Educativa por Enfermeiros e Médicos, Uberaba, 2024..... | 42 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 - Frequência de médicos e enfermeiros por encontro, Uberaba, 2024..... | 44 |
| Gráfico 1 - Representação das respostas por categorias, Uberaba, 2024..... | 47 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------|---|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CNS | Conferências Nacionais de Saúde |
| CR | Contrarreferência |
| DEGES | Departamento de Gestão da Educação na Saúde |
| DSC | Discurso do Sujeito Coletivo |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| R | Referência |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | Software Statistical Package for Social Sciences |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 20 |
| 1.2 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE..... | 20 |
| 1.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE..... | 23 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 24 |
| 3. OBJETIVOS | 26 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL..... | 26 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 26 |
| 4. METODOLOGIA | 26 |
| 4.1 TIPO DE PESQUISA | 26 |
| 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO..... | 27 |
| 4.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA..... | 28 |
| 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 28 |
| 4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão - Primeira Etapa | 28 |
| 4.4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão - Segunda e Terceira Etapa | 29 |
| 4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS..... | 30 |
| 4.5.1 Primeira etapa: Diagnóstico Situacional | 30 |
| 4.5.2 Construção e Validação do Questionário | 30 |
| 4.5.4 Análise dos Dados | 31 |
| 4.5.5 Segunda Etapa: Planejamento e Implementação da Ação | 33 |
| 4.5.6 Avaliação da Ação Implementada | 33 |
| 4.5.7 Nuvem de Palavras | 34 |
| 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... | 35 |
| 5. RESULTADOS | 35 |
| 5.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... | 35 |
| 5.5.1 Caracterização dos profissionais | 35 |
| 5.2 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO | 37 |
| 5.3 SEGUNDA ETAPA: PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO..... | 40 |
| 5.4 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DA AÇÃO IMPLEMENTADA..... | 43 |
| 5.5 NUVEM DE PALAVRAS..... | 45 |
| 6. DISCUSSÃO | 48 |
| 7. CONCLUSÃO | 56 |
| REFERÊNCIAS | 57 |
| APÊNDICES | 65 |
| ANEXOS | 71 |

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como um desafio para a garantia da qualidade na atenção e gestão da saúde. Tal garantia deve respeitar os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social em todos os níveis de atenção à saúde (GALAVOTE et al., 2016).

No âmbito do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como a principal porta de entrada do sistema de saúde, com o propósito de desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, melhoria do acesso à saúde, garantia do acolhimento, continuidade e qualidade do cuidado integral e humanizado, por meio do vínculo entre as equipes de saúde (BRASIL, 2017; PAIM, 2019; DAMACENO et al., 2020).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é responsável pela articulação dos serviços ofertados à população, proporcionando a integralidade e a qualidade do cuidado. Para sua efetivação, é necessário o funcionamento adequado das ações de Referência (R) e Contrarreferência (CR) (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021).

A R e a CR são ferramentas organizacionais das práticas de trabalho das equipes de saúde, caracterizadas pelos encaminhamentos dos usuários entre os diferentes serviços das RAS, com vistas a facilitar o acesso das pessoas que procuram esses serviços. O encaminhamento do usuário para um nível de maior densidade tecnológica é definido como R, enquanto o retorno desse usuário para a APS caracteriza-se como CR (ALVES; GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015; ACOSTA et al., 2018).

O enfermeiro tem participação fundamental na RAS em todos os seus níveis, notadamente no que se refere ao acolhimento, vigilância em saúde, consulta de enfermagem, gestão e prática de cuidados, avaliação clínica e social, entre outras atividades, incluindo as ações de R e CR. A depender do contexto e do nível de atenção à saúde, os desfechos das ações de R e CR podem ser conduzidos por esse profissional. O médico, por sua vez, tem sob sua responsabilidade a condução clínica, a solicitação e interpretação de exames, as avaliações e a solicitação de internação para casos em que o nível em questão não seja capaz de atender às necessidades do usuário. Dessa forma, os desfechos das ações de R e CR também fazem parte do cotidiano desse profissional (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

As estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade devem ser efetivas e alinhadas aos princípios organizacionais do SUS, de modo que o usuário seja favorecido e assistido com base em seu histórico de saúde. Para que isso ocorra, é

necessário que as ferramentas R e CR sejam determinantes (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019; MENDES et al., 2017).

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é caracterizada como a porta de entrada na perspectiva de facilitar o acesso aos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2020; COSTA et al., 2019; SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

As demandas assistenciais exigem outros níveis de complexidade, mesmo que a APS seja considerada a porta de entrada do SUS. Serviços hospitalares, organização em redes de assistência, fluxos e diferentes densidades tecnológicas são necessários para atender determinadas demandas. Dessa forma, é na APS que se concretizam a elaboração e o monitoramento do fluxo dos usuários no sistema entre os distintos níveis de assistência da RAS, além da oferta de um cuidado horizontal, contínuo e integralizado por meio das ações de R e CR (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021; FERREIRA et al., 2017).

1.2 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O encaminhamento do usuário da APS para os níveis de maior complexidade é caracterizado pela R. Por sua vez, o retorno desse usuário dos níveis de maior complexidade para a APS, para que a assistência à saúde seja efetivada, é caracterizado pela CR (SILVA; SENA; CASTRO, 2017).

Durante o ato de referenciar e contrarreferenciar, o profissional da APS, além de realizar o encaminhamento, deve definir os motivos que levam o usuário a ser atendido no próximo nível de complexidade; realizar perguntas para conhecer o histórico de saúde do indivíduo; citar os procedimentos e medicamentos prescritos; anotar os resultados; e, também, mencionar ao especialista sua solicitação para o momento. Dessa forma, o profissional que receber o encaminhamento poderá visualizar, de forma ampliada, o histórico desse usuário e deverá preencher a contrarreferência de modo a descrever os resultados alcançados e as orientações para que a continuidade do cuidado seja realizada na APS (MENDES, 2011).

De forma mais sofisticada, o conceito e a aplicabilidade da R e CR evoluíram para o que se chama de transição do cuidado, que se traduz como ações para assegurar a coordenação e a continuidade da assistência à saúde na transferência de pacientes entre

diferentes serviços de saúde (SANTOS et al., 2022), avançando para o que atualmente se entende como continuidade do cuidado.

É necessário reconhecer que o ir e vir do paciente (neste contexto, entendido como transição do cuidado) traz a perspectiva de que suas demandas, tanto perceptíveis quanto subjetivas, sejam atendidas em todos os níveis de densidade tecnológica e assistencial, garantindo a continuidade do cuidado (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

A continuidade do cuidado é um ideal no qual a atenção à saúde deve ser fornecida de maneira coordenada e sem interrupções, independentemente do envolvimento de diferentes profissionais e da complexidade do sistema de saúde. Nesse contexto, todas as pessoas envolvidas no cuidado do paciente (inclusive o próprio) devem se comunicar e trabalhar em conjunto para coordenar a assistência (BAKERJIAN, 2022).

Dada sua complexidade, expressar o significado de continuidade do cuidado torna-se um desafio, sendo muitas vezes apenas presumida e não explicitamente declarada. No entanto, para sua efetividade, são necessários um fluxo adequado de informações, habilidades interpessoais e gestão de cuidados, além de considerar as necessidades e preferências da pessoa atendida de forma progressiva, organizada, ininterrupta e individualizada. Para melhor compreensão do processo de continuidade do cuidado, considera-se três dimensões: continuidade informacional, continuidade relacional e continuidade gerencial (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

A continuidade informacional refere-se ao registro e à disponibilidade das informações do paciente para os profissionais da RAS, desde a transferência dessa informação até o conhecimento acumulado sobre o paciente. Isso envolve conhecer e respeitar seus valores e preferências, incluindo-os no planejamento do cuidado. Essa dimensão também é denominada continuidade informativa (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

Na dimensão continuidade relacional, é necessário considerar o vínculo existente entre o profissional de saúde e o paciente, bem como a estabilidade da equipe que presta o serviço. Essa continuidade valoriza a manutenção e o estabelecimento da confiança entre as partes, o respeito às crenças e à individualidade do paciente (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002). Essa dimensão também pode ser denominada continuidade longitudinal do cuidado (IRWIN; AGIUS, 2017).

A dimensão continuidade gerencial tem como foco a coordenação dos serviços de saúde, visando garantir a oferta do cuidado de forma integral, coesa, complementar e interativa dentro da RAS. Além disso, envolve a flexibilidade do plano de cuidado, quando necessário (REID; HAGGERTY; McKENDRY, 2002).

Para garantir a continuidade da assistência e um cuidado integral, o compartilhamento de informações entre os pontos da RAS, por meio da R e CR, é fundamental. O médico desempenha um papel ativo nesse processo, pois interage com profissionais de outros serviços e é corresponsável pela condução do paciente entre os níveis de assistência (NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Por sua vez, é na APS que os médicos possuem maior potencial resolutivo para atender à maioria das necessidades dos pacientes, pois detêm informações essenciais ao cuidado. Caso necessário, essas informações podem ser utilizadas para referenciar o paciente aos demais pontos de apoio da RAS (ROCHA; CALHEIROS; WYSZOMIRSKA, 2022).

A comunicação entre os pontos da RAS é crucial para garantir a longitudinalidade do cuidado, exigindo um processo de R e CR eficiente. Essas ferramentas se caracterizam como os principais instrumentos organizacionais das práticas de trabalho das equipes de saúde, facilitando o acesso das pessoas aos serviços de saúde (ALVES; GUEDES; MARTINS; CHIANCA, 2015). Para isso, é necessário estabelecer uma rede horizontal de serviços eficazes, capaz de assegurar que as informações sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo cheguem de forma adequada a todos os pontos de atendimento necessários, garantindo a continuidade do cuidado (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

1.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

No Brasil, a discussão sobre a educação profissional na saúde ganhou espaço durante a Reforma Sanitária. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), realizadas em 1986 e 1993, registraram a necessidade de uma formação focada na realidade profissional. Nesse contexto, destacava-se que os profissionais de saúde são peças fundamentais para a mudança de paradigmas e dos modos de executar a atenção à saúde (BRASIL, 1993; 1986).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é caracterizada como uma estratégia político-pedagógica apresentada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), do Ministério da Saúde (MS), no ano de 2003, por meio da aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com isso, a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) institucionalizou as estratégias de EPS por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 2004. Tal determinação buscava estruturar uma política transformadora, mobilizando recursos para o fortalecimento estrutural do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a efetivar o conceito ampliado de saúde (BRASIL, 2004).

A relevância e a viabilidade das ações pedagógicas ofertadas por meio da EPS são tópicos amplamente discutidos em toda a rede do SUS, com o objetivo de transformar a rede pública de saúde em um espaço de ensino-aprendizagem na prática do trabalho. Além disso, o conceito de EPS é adotado para abranger a formação, a gestão, a atenção e a participação na área de saberes e práticas da saúde (CECCIM, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) define a EPS como a aprendizagem no processo de trabalho, ou seja, uma prática que integra o aprender e o ensinar, considerando as experiências e conhecimentos prévios dos trabalhadores, bem como as necessidades da população. Tudo isso deve estar pautado em uma aprendizagem significativa (BRASIL, 2017).

A educação está diretamente relacionada às ações de saúde e é caracterizada como uma prática essencial no contexto do SUS no Brasil. De acordo com os pressupostos metodológicos de Freire (2018), a educação é uma atividade mediadora entre a sociedade e o indivíduo, entre a prática e a teoria, constituindo-se por meio do diálogo.

As ações de EPS são caracterizadas como estratégias do MS para promover o desenvolvimento dos trabalhadores e consolidar efetivamente o SUS, estabelecendo relações entre ensino e serviço, atenção à saúde e docência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) enfrenta diversos desafios, como a falta de articulação entre a gestão municipal, os profissionais e as instituições de ensino, a fragilidade no controle social, dificuldades na aplicação dos recursos financeiros, a precariedade dos projetos construídos sobre o tema e a ausência de monitoramento e avaliação das práticas educativas (GOULART et al., 2021).

2. JUSTIFICATIVA

A Referência (R) e a Contrarreferência (CR) entre os serviços terciários e primários apresentam algumas fragilidades (JUNIOR; RIZZON; MACHADO, 2018), e a não realização dessas estratégias prejudica a manutenção da saúde, resultando em atraso no diagnóstico, baixa resolutividade, insatisfação dos usuários, altos custos e internações evitáveis (MENDES et al., 2017), entre outros impactos negativos.

Na maioria das vezes, esse impasse ocorre devido à ausência de comunicação e ao desconhecimento, por parte dos profissionais, sobre como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) se articula e se relaciona com o mecanismo de R e CR (MENDES, 2017; BOUSQUAT et al., 2017). Por isso, é fundamental que haja uma comunicação efetiva entre os profissionais e os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Dessa forma, a articulação das

informações sobre a saúde, a doença e o tratamento do indivíduo torna-se mais eficiente, favorecendo o cuidado e a integralidade (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

A ausência ou a inadequação da R e CR, bem como a insuficiência da continuidade e da transição do cuidado, podem gerar desperdício de recursos, demora na resposta às necessidades do usuário, aumento do risco de complicações, repetição de procedimentos, desumanização da assistência e outras dificuldades. Esses fatores evidenciam as falhas na comunicação e no compartilhamento de informações dentro da RAS (PEITER et al., 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na resolução das demandas de saúde devido à sua capacidade de estabelecer vínculos, aspecto fundamental para a continuidade do cuidado. No entanto, apesar de seu alto potencial de resolutividade, observa-se que grande parte das internações e readmissões hospitalares poderiam ser evitadas, refletindo dificuldades ou ausência de comunicação entre os pontos da RAS (SULINO et al., 2021), além de outros desafios estruturais.

A dificuldade em atender às demandas dos pacientes na RAS resulta na reincidência de agravos à saúde, consequência da desarticulação entre os pontos da rede. Esse cenário compromete a capacidade do sistema de suprir as necessidades imediatas da população e dificulta a gestão do cuidado a longo prazo (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Além disso, existem outros entraves no processo, enfrentados pelos profissionais envolvidos, como a sobrecarga de trabalho, a comunicação ineficaz entre médicos e enfermeiros e a falta de suporte no sistema de saúde (ACOSTA et al., 2018). Quando o cuidado se torna fragmentado, pontual e desarticulado entre os serviços, o sistema torna-se incapaz de atender às necessidades da população (COSTA et al., 2019).

A inclusão dos profissionais da APS em reuniões da Atenção Hospitalar, e vice-versa, pode facilitar o compartilhamento de conhecimentos sobre competências profissionais, estrutura e limitações dos serviços que compõem a RAS. Essa aproximação contribui para uma melhor articulação e harmonia das ações prestadas ao paciente (COSTA et al., 2019).

A ampliação do conhecimento e das habilidades dos profissionais da APS é fundamental para a efetivação do processo de R e CR (AUED et al., 2019), fortalecendo a coordenação da transição do cuidado, o planejamento da alta e a integração dos serviços da rede (ACOSTA; LIMA; PINTO; WEBER, 2020).

Este estudo fundamenta-se no pressuposto de que o conhecimento dos profissionais de enfermagem e medicina sobre o processo de continuidade do cuidado é insuficiente. Além disso, a formação acadêmica e a oferta de práticas de atualização profissional ainda são limitadas, o que pode interferir nas atividades relacionadas à transição do cuidado. Dessa

forma, é essencial reconhecer que o conhecimento dos profissionais sobre a continuidade do cuidado é fundamental para garantir uma assistência harmônica e resolutiva (SERRA; RODRIGUES, 2020).

Diante desse contexto, este estudo parte do pressuposto da existência de fragilidades na comunicação entre os diferentes pontos da atenção à saúde e da necessidade de novos arranjos que promovam maior responsabilização e gestão do cuidado. A falta de coordenação eficaz representa um grande obstáculo para a garantia da integralidade, do acesso e da oferta de serviços de qualidade, além de gerar impactos financeiros. A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma estratégia para melhorar a organização existente, facilitar a compreensão sobre o tema proposto e contribuir para a construção de ferramentas que aprimorem o processo de Referência e Contrarreferência no município.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Levantar as necessidades/sugestões de sobre a Referência e Contrarreferência e realizar ações de educação permanente direcionada à enfermeiros e médicos na Atenção Primária à Saúde no Município de Uberaba, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- a) Levantar o conhecimento, necessidades e sugestões de enfermeiros e médicos sobre Referência e Contrarreferência;
- b) Elaborar um plano de intervenção educativa de acordo com as necessidades e sugestões levantadas;
- c) Implementar ações de Educação Permanente sobre Referência e Contrarreferência;
- d) Compreender a percepção dos participantes acerca da ação educativa.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo com interface em extensão, caracterizado como pesquisa-ação. A abordagem qualitativa pode ser entendida como aquela capaz de absorver as

questões relacionadas ao significado e à intenção dos atos inerentes às relações e à estrutura social como um todo, resultantes de construções humanas. Mesmo que um estudo utilize dados quantitativos, ele pode gerar questões que demandem um aprofundamento qualitativo, e o inverso também é verdadeiro (MINAYO, 2018).

A pesquisa-ação, segundo Thiollent (2018), é um tipo de investigação que tem como objetivo conscientizar os participantes sobre a realidade, identificar dificuldades e solucionar problemas a partir da ação, além de produzir conhecimento. De forma didática, Thiollent (2018) propõe um roteiro de organização da pesquisa-ação em quatro grandes fases:

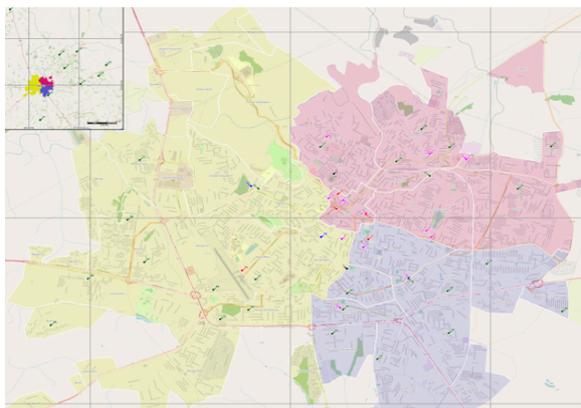
- Fase exploratória: atividades voltadas para o levantamento das necessidades e percepções de enfermeiros e médicos sobre Referência (R) e Contrarreferência (CR) no cotidiano profissional.
- Fase de pesquisa aprofundada: busca aprofundar o conhecimento sobre a atividade definida e elaborar propostas de ação. Nessa etapa, realiza-se o levantamento de dados qualitativos sobre as necessidades, o conhecimento e as percepções dos profissionais em relação à R e CR.
- Fase de ação: divulgação dos resultados encontrados, visando informar os membros, socializar experiências e legitimar as propostas, além da implementação das ações planejadas. A participação ativa dos profissionais e o apoio dos dirigentes da instituição são fundamentais para a execução desta fase. Neste momento, foram implementadas as ações de Educação Permanente em Saúde.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Uberaba, localizado no interior do Triângulo Mineiro.

A APS é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde e a responsável pela ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MAURO; CUCOLO; PERROCA, 2021). Atualmente, o município de Uberaba conta com 38 unidades de saúde na APS e 56 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (PMU, 2023). Para fins de organização e delimitação geográfica, o município foi dividido em três distritos sanitários, conforme ilustrado na Figura 1.

Figura 1. Serviços de saúde de Uberaba por distritos sanitários. Uberaba, 2023.



Fonte: Elaboração própria do Curso de Geografia em parceria com o Grupo de Pesquisa CIFACS e parceria com a Secretaria Municipal de Saúde

4.3 ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Buscando subsídios para o planejamento e a implementação de uma proposta de ação educativa e considerando a estratégia metodológica da pesquisa-ação, foram percorridas as seguintes etapas para a realização desta pesquisa:

- Primeira etapa: Diagnóstico da situação.
- Segunda etapa: Planejamento e implementação da atividade de Educação Permanente.
- Terceira etapa: Avaliação da ação implementada.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O presente estudo incluiu enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Reconhece-se a importância de incluir todos os profissionais de saúde no estudo. No entanto, a escolha dos participantes foi delimitada, neste momento, por restrições administrativas, financeiras, temporais e outros fatores.

4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão - Primeira Etapa

Na primeira fase da pesquisa, a fase exploratória, cujo objetivo foi realizar o diagnóstico da situação vivenciada (necessidades e sugestões) pelos profissionais em relação à Referência e Contrarreferência no município, foram incluídos na pesquisa enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) lotados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba-MG.

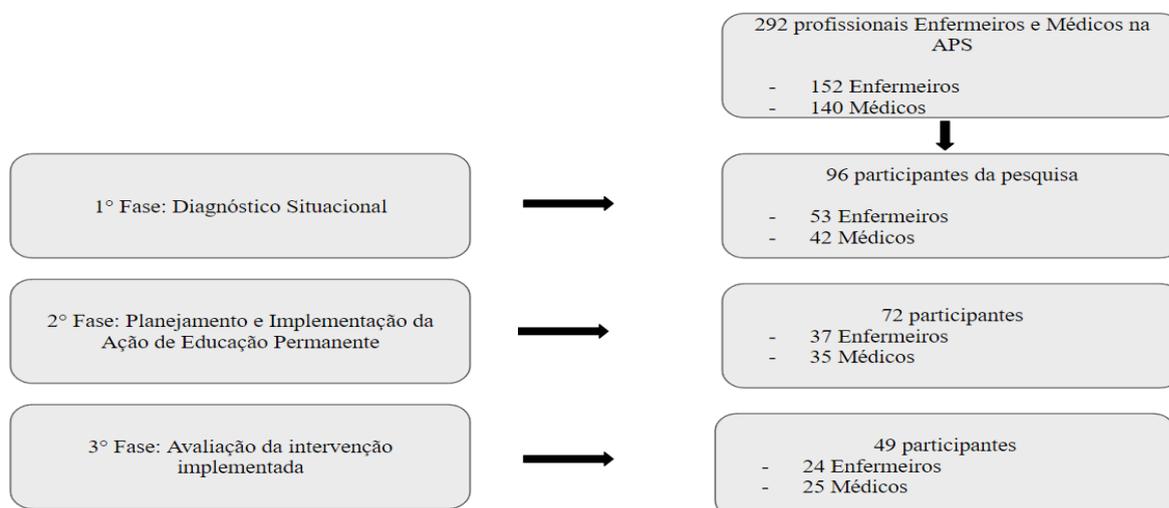
Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam de férias, em licença médica ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo durante o período destinado à coleta de dados. O objetivo desta fase foi conhecer as necessidades e sugestões dos profissionais com relação aos contextos vivenciados nas práticas de Referência e Contrarreferência.

4.4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão - Segunda e Terceira Etapa

Na fase caracterizada pela ação de Educação Permanente, foram incluídos no estudo os gerentes/gestores das unidades da APS do município, além dos enfermeiros e médicos atuantes. Foram excluídos da pesquisa aqueles que estavam de férias, em licença médica ou afastados de suas atividades profissionais por qualquer outro motivo durante o período de execução das atividades.

Para a avaliação da intervenção educativa, foram incluídos os profissionais que participaram integralmente da execução da ação de Educação Permanente. A Figura 2 apresenta um esquema representando as fases percorridas neste estudo e o número de participantes em cada etapa da investigação.

Figura 2: Fases da Pesquisa e número de participantes, Uberaba, 2024.



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

4.5.1 Primeira Etapa: Diagnóstico Situacional

Nesta etapa, correspondente à fase exploratória proposta por Thiollent (2018), buscou-se identificar as necessidades e sugestões dos profissionais enfermeiros e médicos sobre as ações de Referência e Contrarreferência no município.

A coleta de dados foi realizada por conveniência, com enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de Uberaba, em duas etapas. O contato realizado na primeira etapa ocorreu via e-mail e, na segunda, via telefone, ambas por meio do Google Forms.

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro, outubro e novembro de 2023 e, para tal, foi utilizado um questionário semiestruturado, criado e validado pelo Grupo de Pesquisa Ciclos de Vida, Família e Saúde no Contexto Social (CIFACS) (APÊNDICE B). O instrumento continha nove perguntas objetivas, destinadas à coleta de dados sociodemográficos e laborais, e seis perguntas abertas, voltadas para informações relativas à Referência e Contrarreferência. Para este estudo, foram consideradas as questões 14 e 15.

4.5.2 Construção e Validação do Questionário

O questionário passou por um processo de validação de face, que, conforme Albiero (2018), busca examinar a forma como os entrevistados percebem o instrumento, identificando se este permite alcançar os objetivos da pesquisa, além de auxiliar na redução de erros de medição.

Os juízes foram convidados a participar e tiveram acesso ao questionário via Google Forms, a fim de mensurar parâmetros de objetividade, simplicidade, relevância e clareza. Dessa forma, foi enviada, por e-mail, uma carta-convite aos juízes, apresentando o motivo de sua escolha, o objetivo do estudo e informações sobre o material a ser avaliado, bem como a importância dessa avaliação para a validação do instrumento de coleta de dados. No e-mail, foi disponibilizado um link de acesso ao formulário eletrônico, elaborado no Google Forms, contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os juízes (APÊNDICE C), o qual deveria ser assinado em caso de concordância com a participação no estudo, além do próprio instrumento de coleta de dados a ser avaliado.

Para a seleção dos juízes, foram realizadas buscas de currículos na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), utilizando a seguinte estratégia de busca e produção científica acerca do tema: no campo “modo de busca”, foi selecionada a opção “assunto (título ou palavra-chave da produção)”, com a pesquisa dos termos “referência”, “contrarreferência”, “transição do cuidado” e “continuidade do cuidado”. Nos filtros das bases de dados, foram selecionados os campos “Doutores e

demais pesquisadores”, com nacionalidade brasileira ou estrangeira. Como critério adicional, foi aplicado o filtro “Atuação Profissional”, selecionando-se a Grande Área – Ciências da Saúde.

A partir dessa seleção, foi enviada, por e-mail, uma carta-convite aos juízes para participação na pesquisa.

Cada questão do instrumento foi analisada individualmente com base nos seguintes critérios:

- Clareza da linguagem, considerando-se o público-alvo ao qual seria aplicado;
- Importância prática, avaliando se a questão estava adequada ao propósito do instrumento;
- Relevância teórica, analisando a associação entre a questão elaborada e a área temática proposta (PASQUALI, 2010; SCHILLER et al., 2021).

4.5.3 Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos foram tabulados e interpretados de forma descritiva, com cálculo de frequência absoluta e percentuais. Para tal, as informações obtidas foram digitadas, tabuladas e consolidadas no programa Microsoft Excel, por dupla entrada e digitadores independentes, visando minimizar falhas na inserção do banco de dados. Os bancos foram importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23.0, para a realização da análise estatística.

Para este estudo, foram consideradas as seguintes perguntas do instrumento de interesse ao objeto de pesquisa: “Questão 13: Você acha que devem ocorrer mudanças na prática de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.” e “Questão 14: Você acha que devem ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de Referência e Contrarreferência? Se sim, fale sobre suas sugestões.”

Para proceder à análise qualitativa dos dados, na percepção dos profissionais entrevistados sobre o processo de Referência e Contrarreferência (RCR), os achados, resultantes da transcrição das respostas às questões abertas, foram digitados e consolidados no programa Microsoft Word e submetidos ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa técnica, desenvolvida por Lefevre e Lefevre na década de 1990 e atualizada em 2012, fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O DSC baseia-se no pressuposto de que o pensamento de uma coletividade é um conjunto de representações presentes em um determinado contexto histórico-social, às quais

as pessoas recorrem para expressar seus pensamentos sobre os temas em debate na sociedade. Assim, busca-se reconstruir discursivamente essas representações sociais, sendo o emissor do discurso coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para a construção dos discursos, considerou-se a frequência com que cada sujeito expôs suas expressões e ideias, diferenciando o grau de compartilhamento da representação social, levando em conta a intensidade (força com que as expressões-chave são dispostas) e a amplitude (mensuração da abrangência de uma ideia ou representação) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). A sequência numérica dos discursos de cada questão foi disposta conforme a intensidade das ideias expostas pelos entrevistados.

As porções escolhidas para retratar a essência do discurso foram determinadas como expressões-chave, buscando extrair das respostas os elementos mais relevantes. Esse processo visou manter o equilíbrio entre a seleção excessiva de trechos (o que poderia dificultar a distinção entre as ideias centrais) e a seleção insuficiente (o que poderia comprometer a descrição da ancoragem do discurso) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSCs, foi utilizado o programa QualiQuantSoft®, versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) por Lefevre e Lefevre, em parceria com Sales & Paschoal Informática. O QualiQuantSoft® é uma ferramenta que facilita a organização e o armazenamento dos depoimentos, sem, contudo, substituir a função do pesquisador.

4.5.4 Segunda Etapa: Planejamento e Implementação da Ação

Ao apresentar o diagnóstico da situação em relação à Referência e Contrarreferência, identificado na fase anterior, procedeu-se à elaboração do planejamento e implementação da ação educativa.

A análise dos dados da primeira etapa permitiu conhecer as características sociodemográficas e laborais dos profissionais, bem como levantar necessidades e sugestões para melhorias no processo. A partir dessas informações, foram definidos os conteúdos, os objetivos, as estratégias, os recursos pedagógicos e a forma de avaliação a ser utilizada.

Os resultados da primeira etapa da pesquisa e a proposta de ação elaborada pelo grupo de pesquisa foram apresentados à gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, em reuniões previamente agendadas. Nessas reuniões, houve reflexão e discussão sobre os temas selecionados, os recursos a serem utilizados, as formas de abordagem, o local, as possíveis datas de realização e a validação do plano de ação pela equipe gestora.

Foi acordado entre o grupo de pesquisa e os membros da gestão que as atividades de Educação Permanente ocorreriam da seguinte forma: a Atenção Primária à Saúde (APS) seria dividida em quatro grupos distintos, e as atividades aconteceriam em dois encontros, ou seja, dois momentos diferentes para cada grupo, permitindo alcançar o máximo possível de profissionais sem comprometer a dinâmica dos atendimentos em suas unidades. Foram ofertadas vagas para profissionais de nível superior (enfermeiros e médicos) atuantes na APS do município.

Definiu-se, ainda, que cada grupo participaria de dois encontros, com intervalo de 15 dias entre eles, sendo cada encontro de quatro horas presenciais, totalizando oito horas por turma. O horário da atividade educativa foi definido dentro do expediente de trabalho, garantindo a liberação dos profissionais para participação.

Os temas abordados incluíram:

- Principais resultados da fase anterior da pesquisa;
- Breve descrição da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da rede paralela (Atenção Secundária);
- Aspectos conceituais sobre Referência e Contrarreferência, incluindo termos análogos e contemporâneos;
- Principais dificuldades enfrentadas na prática.

Os membros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba e os pesquisadores decidiram que os encontros aconteceriam no espaço da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

O desenvolvimento da ação de Educação Permanente foi pautado na metodologia dialógica e participativa, que permite a troca de experiências e a discussão de possibilidades (FREIRE, 2018).

Segundo Paulo Freire (2005), a educação apresenta duas grandes características: diálogo e problematização. O diálogo ocorre entre os sujeitos envolvidos na realidade, enquanto a problematização surge a partir dessa realidade vivenciada, estabelecendo uma relação dinâmica entre educador e educando.

Ao longo das atividades, o grupo de pesquisa buscou sensibilizar os profissionais sobre a importância do momento de aprendizado e do tema abordado, estimulando a construção de novos conhecimentos, a troca de experiências e o debate coletivo.

4.5.5 Avaliação da Atividade Implementada

A avaliação da atividade educativa foi realizada por meio da aplicação de um instrumento (ANEXO A) sobre a percepção dos profissionais no último encontro de cada grupo. Esse instrumento continha 14 itens, porém, para este estudo, a questão 14 foi excluída por não se adequar ao objetivo do trabalho. As respostas estavam organizadas em uma escala Likert de cinco pontos, sendo: 5 – Concordo totalmente; 4 – Concordo; 3 – Não concordo, nem discordo; 2 – Discordo um pouco; 1 – Discordo totalmente; 0 – Não se aplica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O instrumento utilizado pertence à Dimensão da Avaliação dos Efeitos, proposta pelo Ministério da Saúde, no documento “Orientações para o monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde”. A avaliação dos efeitos visa analisar os resultados obtidos durante a ação, bem como inovações decorrentes do cotidiano de trabalho, surgidas com a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A avaliação dos efeitos de uma ação educativa ocorre em quatro níveis: Nível 1 – Avaliação da satisfação e percepção educativa; Nível 2 – Avaliação da aprendizagem; Nível 3 – Avaliação do apoio oferecido pela organização ao uso das novas habilidades no trabalho; Nível 4 – Avaliação das modificações no processo de trabalho.

Para este estudo, foi considerado o Nível 1 – Avaliação da satisfação e percepção educativa, utilizando um instrumento desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com base no instrumento de Abbad (2012).

4.5.6 Nuvem de Palavras

Também, para ampliar o leque avaliativo, utilizou-se a técnica de “nuvem de palavras”, que ocorreu por meio da plataforma interativa Mentimeter, a qual oferece diversas ferramentas a serem utilizadas em ações educativas e promove maior interação e estimulação dos participantes. O uso da tecnologia, por meio da plataforma, introduz o conceito de gamificação, com elementos dinâmicos para o processo de assimilação e aprendizado (DI DOMENICO; SILVA, 2022). Para a análise dos dados, as palavras das nuvens criadas foram agrupadas de acordo com a similaridade de sentido, direcionando e facilitando a compreensão das respostas obtidas, as quais foram divididas em três categorias. Estas categorias foram criadas a partir da percepção dos pesquisadores a respeito da conotação das palavras apresentadas, sendo o nome de cada categoria referente ao teor das respostas obtidas.

A partir das capacitações, foi possível elaborar quatro “nuvens de palavras”, uma para cada encontro, com as respostas ao seguinte questionamento: “Coloque em até cinco palavras o que mais se destacou para você durante as capacitações.”

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

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 atenção primária à saúde e hospital público de ensino” e foi submetido e aprovado sob o parecer número 6.221.773 do Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM, em observância às diretrizes das Resoluções 466/12 (BRASIL, 2012) e 510/16 (BRASIL, 2016), que tratam de pesquisas com seres humanos. Todos os entrevistados que consentiram em participar do estudo receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, o destino e a guarda dos dados coletados e as contribuições dos resultados obtidos.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo das informações prestadas e o respeito à liberdade de retirada do consentimento de participação e/ou desistência de participar da pesquisa a qualquer momento. Os dados serão mantidos sob a guarda do pesquisador responsável por um período de três anos, conforme estabelecido pela Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), sendo garantido o sigilo e a confidencialidade do participante.

5. RESULTADOS

5.1 PRIMEIRA ETAPA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

5.1.1 Caracterização dos profissionais

A Atenção Primária à Saúde, no momento de desenvolvimento da pesquisa, contava com 292 profissionais, sendo 152 enfermeiros e 140 médicos. Destes, participaram desta fase da pesquisa 96 profissionais, sendo 53 enfermeiros e 43 médicos, com representação de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Os dados sociodemográficos e laborais estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e laborais de Enfermeiros e Médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde no município de Uberaba, 2023.

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

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

5.2 DISCURSO 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, concretizando um total de 18 discursos para enfermeiros e 19 discursos para médicos.

Para a 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 1) e quatro voltados aos médicos (Quadro 2).

Quadro 1: Discursos dos Enfermeiros acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

| Título dos Discursos | Discurso do Sujeito Coletivo |
|---|--|
| <i>Mudanças necessárias e especialmente na contrarreferência</i> | <i>Com certeza, pois quando referenciamos para um atendimento especializado na maioria das vezes às instituições que atendem os pacientes não contrarreferenciam à APS, dificultando o acompanhamento e seguimento. Ficamos quase sempre sem informação da evolução clínica, e nem do registro no prontuário como deveria. Também, em sua grande maioria, os encaminhamentos não são resolutivos pela carência de profissionais, e ou serviços disponíveis. As ações na referência e contrarreferência devem ser vistas com seriedade por todos os profissionais envolvidos no processo, para maior resolutividade e o tempo de resposta deve ser mais rápido.</i> |
| <i>Melhoria na 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>Ações de educação permanente</i> | <i>Sim, treinar toda a rede do SUS, educação permanente para todos os profissionais, mostrando notadamente: a) importância de se referenciar o paciente para ter um melhor atendimento; b) aperfeiçoamento na descrição dos motivos que levaram o profissional a referenciar para outro serviço.</i> |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 2: Discursos dos Médicos acerca da necessidade de mudanças nas ações de Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

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

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

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, ilustrados nos quadros 3 e 4, respectivamente.

Quadro 3: Discursos dos Enfermeiros acerca de atividades sobre a necessidade de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

| Título dos Discursos | Discurso do Sujeito Coletivo |
|--|--|
| <i>Ações de EP para melhoria da</i> | <i>Sim, especialmente sobre Fluxos corretos que realmente funcionem e,</i> |

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

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Quadro 4: Discursos dos Médicos acerca de atividades de educação permanente sobre Referência e Contrarreferência e sugestões, Uberaba, 2023.

| Título dos Discursos | Discurso do Sujeito Coletivo |
|---|---|
| Ações de EP para integração entre atenção básica e especializada | <i>Sim, devem ocorrer as ações de EP acerca de RCR, destacando a urgência de medidas concretas para fortalecer a integração entre a atenção básica e especializada, direcionado a emissão obrigatória de relatórios, a definição clara de critérios de encaminhamento e a melhoria de fluxo para garantir um acesso mais efetivo dos pacientes aos serviços de referência.</i> |
| EP para abordagem conceitual e importância do profissional na R e CR | <i>Sim, ações explicativas sobre referência e contrarreferência, (conceito) e o reconhecimento do valor do tempo profissional, (aprimoramento).</i> |
| EP para o Aprimoramento no processo de referência | <i>Sim, é necessário capacitações técnicas focadas nos critérios de encaminhamento, visando aprimorar a qualidade das referências. Enfatizar a importância de melhorar a descrição dos dados durante o processo de referência, buscando referenciais que verdadeiramente indiquem a necessidade de encaminhamento, contribuindo assim para a eficácia e aprimoramento da Rede de Atenção à Saúde.</i> |
| EP para melhorar as práticas profissionais | <i>Sim, abordagem que promova a constante busca por conhecimento, estimulando a troca de experiências e o desenvolvimento conjunto. É extremamente necessária a preparação do profissional para as práticas. Propor medidas que não apenas auxiliem no processo de trabalho, mas também respeitem as necessidades reais dos profissionais de saúde,</i> |

| | |
|--|---|
| | <i>reconhecendo a complexidade e a individualidade de cada trajetória profissional.</i> |
|--|---|

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

5.3 SEGUNDA ETAPA: PLANEJAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DA AÇÃO

Após a análise dos dados da primeira etapa e reuniões para discussão e reflexão junto aos membros do grupo de pesquisa CIFACS e da gestão da SMS, os temas, metodologias, data, horário e plano da atividade de educação permanente foram definidos, e com auxílio da SMS, os profissionais foram convidados a participar da ação disposta no Quadro 5 identificação da proposta, título da ação e objetivos.

Quadro 5. Identificação da Proposta de Ação, Uberaba, 2024.

| |
|--|
| Título da Ação: Transição do cuidado: desafios e melhorias nas ações de Referência e Contrarreferência |
| Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde acerca das ações de Referência e Contrarreferência. |
| Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> ● Conceituar Referência, Contrarreferência e termos análogos; ● Apresentar os resultados da pesquisa: dificuldades e as sugestões; ● Abordar o fluxo da Rede de Atenção à Saúde. |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

No quadro 6 é apresentado o conteúdo, estratégias e recursos utilizados no primeiro encontro.

Quadro 6. Conteúdo Programático Primeiro Encontro, Uberaba, 2024.

| Primeiro Encontro | | |
|---|--|---|
| Duração: 4 horas | | |
| Conteúdo | Estratégias | Recursos |
| Principais resultados da fase anterior da pesquisa; Descrição da Rede de Atenção à Saúde do Município; Aspectos Conceituais; Mesa Redonda: <i>olhar crítico sobre os conceitos com a construção de uma síntese para a relativização com a prática;</i> | Entrega de uma síntese com os títulos com os DSC's; Expositiva-dialogada; Debate sobre os aspectos conceituais; Discussão sobre dificuldades; | Data Show; Folha impressa Utilização de gráficos, mapas, fluxogramas, tecnologia; |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Discussão sobre as dificuldades na prática de Transição de Cuidado; QRcode - nuvem de palavras para discussão no próximo encontro; | Metodologia Ativa - Nuvem de Palavras | |
|---|---------------------------------------|--|

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

No quadro 7 é descrito o conteúdo, estratégias e recursos utilizados no segundo encontro.

Quadro 7. Conteúdo Programático Segundo Encontro, Uberaba, 2024.

| Segundo Encontro | | |
|--|---|---|
| Duração: 4 horas | | |
| Conteúdo | Estratégias | Recursos |
| Compilado de conceitos (breve retomada); Descrição da Rede Paralela de Consultas: Nível Secundário; Debate acerca das principais dificuldades na prática de Transição de Cuidado (Projeção da Nuvem de Palavras); Próximas Fases do Projeto; Avaliação da Percepção da Intervenção Educativa | Expositiva-dialogada; Debate; Metodologia Ativa - Nuvem de Palavras | Data Show; Utilização de gráficos, mapas, fluxogramas; |

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Em relação à implementação da atividade de EPS, os encontros ocorreram quinzenalmente para cada grupo (total de quatro grupos) entre os meses de julho e agosto de 2024, no auditório Safira da UFTM. As ações de Educação Permanente em Saúde aconteceram em quatro grupos, com dois encontros cada, totalizando oito encontros. Estiveram presentes 72 profissionais (37 enfermeiros e 35 médicos), além dos membros da gestão, em encontros aleatórios.

Durante os encontros, os participantes tinham a oportunidade de dar sua opinião sobre o tema, tirar dúvidas e discutir possibilidades e entraves existentes. Os profissionais que participaram da EPS mostraram-se interessados no tema, porém com o levantamento de diversos entraves administrativos, burocráticos, relacionais e de gestão.

5.4 TERCEIRA ETAPA: AVALIAÇÃO DA AÇÃO IMPLEMENTADA

De acordo com o critério de inclusão, participaram do estudo 49 profissionais que responderam ao instrumento aplicado no último encontro de seu respectivo grupo.

Destes profissionais respondentes, 24 (49,0%) eram enfermeiros e 25 (51,0%) médicos. A tabela 2 ilustra a distribuição de respostas obtidas através da aplicação do instrumento: Avaliação da Percepção da Intervenção Educativa.

Tabela 2. Distribuição de respostas ao instrumento Avaliação da Percepção da Intervenção Educativa por Enfermeiros e Médicos, Uberaba, 2024.

| | Concordo Totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo um pouco | Discordo Totalmente |
|--|------------------------|------------|------------------------------------|----------------------|------------------------|
| Item | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| 1. Essa ação educativa atendeu as necessidades do meu processo de trabalho | 23 (47,9%) | 22 (45,8%) | 2 (4,2%) | 1 (2,1%) | 0 (0,0%) |
| 2. Existiu coerência entre o conteúdo ministrado e a proposta da ação educativa | 29 (59,2%) | 19 (38,8%) | 1 (2,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| 3. Foram utilizadas metodologias ativas/participativas | 31 (63,3%) | 14 (28,6%) | 2 (4,1%) | 2 (4,1%) | 0 (0,0%) |
| 4. O uso das dinâmicas e técnicas de trabalho na ação educativa foi adequado | 27 (55,1%) | 21 (42,9%) | 0 (0,0%) | 1 (2,0%) | 0 (0,0%) |
| 5. Houve integração entre atores do ensino-serviço no desenvolvimento dessa ação educativa | 35 (71,4%) | 10 (20,4%) | 3 (6,1%) | 1 (2,0%) | 0 (0,0%) |
| 6. A ação educativa contemplou a | 28 (57,1%) | 18 (36,7%) | 0 (0,0%) | 3 (6,1%) | 0 (0,0%) |

interprofissionalidade
(interação e
colaboração)

| | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-----------|----------|----------|
| 7. No decorrer da ação educativa, pude colaborar com a minha equipe de trabalho | 19 (39,6%) | 23 (47,9%) | 3 (6,3%) | 3 (6,3%) | 0 (0,0%) |
| 8. Estou satisfeito(a) com a qualidade dos recursos audiovisuais e dos materiais utilizados na ação educativa. | 31 (63,3%) | 16 (32,7) | 2 (4,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| 9. A coordenação da ação educativa teve capacidade de comunicação e resolução e/ou encaminhamento das necessidades dos participantes. | 24 (49,0%) | 18 (36,7%) | 6 (12,2%) | 1 (2,0%) | 0 (0,0%) |
| 10. Houve integração e relacionamento com os demais participantes da ação educativa. | 35 (71,4%) | 12 (24,5%) | 1 (2,0%) | 1 (2,0%) | 0 (0,0%) |
| 11. As condições gerais dos locais dos encontros presenciais (sala de aula, auditório, laboratório etc.) foram boas | 38 (77,6%) | 11 (22,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| 12. A duração/carga horária foi adequada para a proposta da ação educativa | 28 (57,1%) | 18 (36,7%) | 3 (6,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| 13. De modo geral, estou satisfeito(a) quanto à organização da ação educativa. | 31 (63,3%) | 18 (36,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |

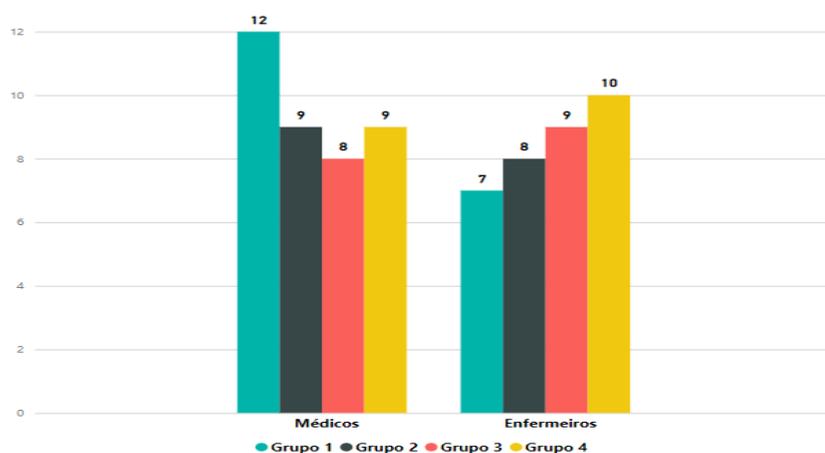
Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

5.5 NUVEM DE PALAVRAS

Essa dinâmica gerou um compilado de 130 respostas, e a partir disso, sete delas foram excluídas por serem consideradas incongruentes e 123 utilizadas para as nuvens. Destas, 47 respostas foram distintas, possibilitando a criação de três categorias que buscou facilitar o entendimento sobre a percepção dos aspectos importantes de cada participante acerca da capacitação.

A frequência dos participantes durante os encontros apresentou uma pequena variação, sendo o quarto grupo o mais populoso conforme apresentado pelo Gráfico 1.

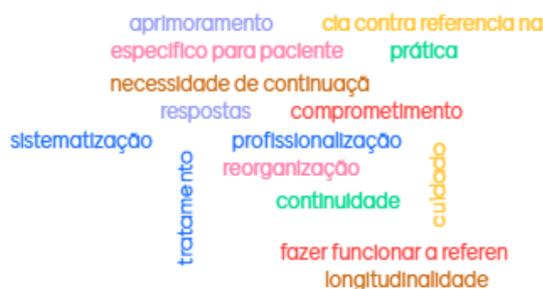
Gráfico 1: Frequência de médicos e enfermeiros por encontro, Uberaba, 2024.



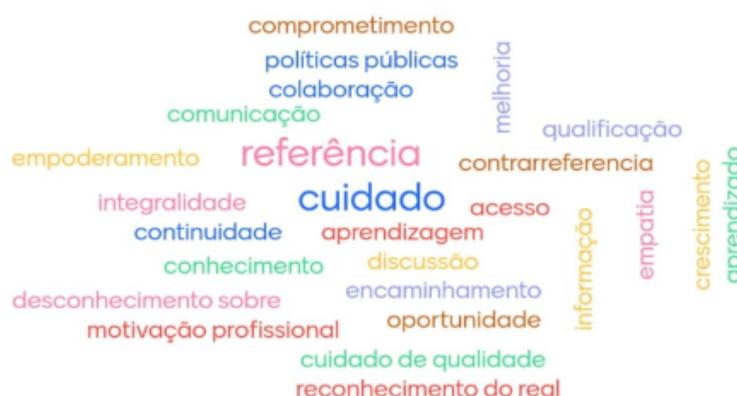
Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A partir do questionamento realizado, a Figura 2 apresenta a “nuvem de palavras” criada durante o primeiro encontro da capacitação. Com relação às 15 respostas que mais se destacaram, foram consideradas 11 respostas padronizadas após as categorizações.

Figura 3: “Nuvem de palavras” do primeiro encontro; Uberaba, 2024.



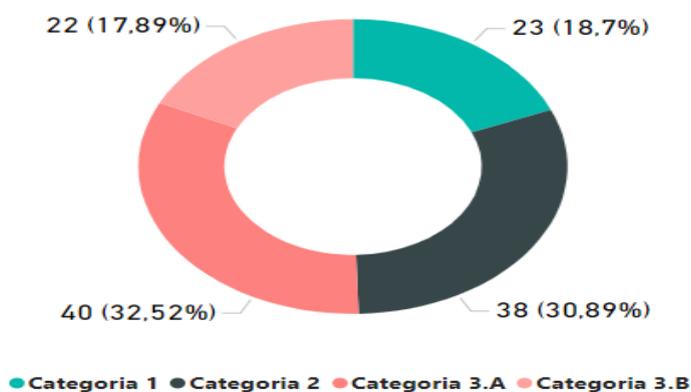
Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

As respostas dos participantes foram divididas em três grandes grupos conforme representa o Gráfico 2, sendo apresentadas primeiramente a quantidade absoluta de respostas pertencentes a cada categoria e, em seguida, a porcentagem dentro da quantidade total de respostas obtidas.

Gráfico 2: Representação das respostas por categorias, Uberaba, 2024.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Para facilitar a compreensão acerca da percepção dos participantes, foram criadas três categorias, descritas em: “Categoria 1: Percepções dos Profissionais - *Feedback*” (18,7%), “Categoria 2: *Percepções sobre a Continuidade do Cuidado*” (30,89%) e “Categoria 3: *Percepções sobre Competências, Habilidades e Atitudes*” (32,52%). A terceira categoria foi dividida em duas subcategorias, denominadas “Subcategoria 3A: *Relações Interprofissionais*” e “Subcategoria 3B: *Relações Interpessoais*” (17,89%). A categorização de palavras foi construída a partir do compilado das quatro nuvens construídas.

6. DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino (83%), corroborando com outros trabalhos, como os de Verçosa (2020), Da Silva (2021) e Menegaz e colaboradores (2023), ao contrário dos profissionais da medicina, sendo que 59,5% são do sexo masculino. Embora alguns estudos com médicos apresentem uma certa paridade, em outros trabalhos a presença feminina também tende a ser predominante, como nos estudos de Carvalho Filho e colaboradores (2020), Sassi (2020) e Romero e Romero (2020), o que difere dos dados aqui apresentados.

Foi observado que 94,3% dos enfermeiros entrevistados tinham entre 30 e 59 anos, com a maioria entre 30 e 39 anos (49%). No caso dos médicos, os entrevistados tinham entre 30 e 39 anos (81%) e também apresentaram a maioria nessa faixa etária (52%). O que difere nas duas categorias é que quase 12% dos médicos entrevistados têm mais de 60 anos, o que vai ao encontro do estudo de Franco e colaboradores (2023) e Oliveira et al. (2023). Apenas 3,8% dos enfermeiros estavam nessa faixa etária.

Quanto ao tempo de formação e titulação acadêmica, todos os enfermeiros têm mais de 5 anos de formação, com a maioria entre 11 e 15 anos de formados (39,6%), e apresentam especialização ou residência (54,8%). Quanto aos médicos, a maioria tem entre 2 e 5 anos de formados (35,7%), porém ressalta-se que 23,8% têm mais de 21 anos de formados. Também apresentam maioria numérica com residência ou especialização (66%).

Na titulação pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), grande parte dos enfermeiros é mestre (30,2%), enquanto a quantidade de médicos com pós-graduação *stricto sensu* foi menor (11,9%), o que pode estar relacionado com a falta de incentivo ou valorização de profissionais pesquisadores no campo de prática, conforme mostrado pela pesquisa de Müller e colaboradores (2023), que constata que a maioria dos profissionais se sente insegura quanto à empregabilidade na área acadêmica, desestimulados também pela insuficiência de políticas públicas educacionais.

No tempo de atuação dos profissionais, a maioria dos enfermeiros tem no máximo 15 anos de atuação (94,3%), sendo que 35,8% destes têm entre 6 e 10 anos de atuação, ao contrário dos médicos, que apresentaram a maioria com até 2 anos de tempo de atuação (40,5%). Ao mesmo tempo, alguns médicos já trabalhavam na rede há mais de 20 anos (14,3%), o que não ocorre com os enfermeiros. De forma análoga ao estudo de Franco et al.

(2023), a maioria dos médicos tinha menos de um ano de atuação nas equipes às quais estavam vinculados.

Sobre a necessidade de mudanças nas ações de RCR, o título “Mudanças necessárias, especialmente na contrarreferência” remete não só a uma possível sugestão de mudança, mas também soa como um apelo dos enfermeiros da APS. Uma contrarreferência insuficiente ou até inexistente dificulta o processo de continuidade do cuidado, podendo levar a complicações futuras, como a requisição de serviços de urgência e emergência ou até reinternações (ALIEVI et al., 2023; DEENY et al., 2017).

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

Nos discursos seguintes deste tópico, tanto enfermeiros quanto médicos sugerem uma melhoria nas tecnologias de informação e comunicação (TICs). As TICs são importantes ferramentas na reorganização dos serviços em rede; porém, para que sejam funcionais, necessitam da capacitação dos profissionais para a condução e manejo dessas (SILVA; SHIMOCOMAGUI, 2023). Seu uso está diretamente relacionado à facilitação e velocidade no acesso, de forma a otimizar o serviço prestado (SANTANA et al., 2020; CIRNE et al., 2023).

As TICs têm grande potencial no olhar gerencial do processo, visto a facilidade no acesso às informações que estas proporcionam, além de favorecerem o controle do gestor sobre a população (OLIVEIRA et al., 2024). Tal premissa consolida um retorno positivo de investimentos e comunicação eficiente na continuidade do cuidado, buscando sempre a horizontalidade e integralidade nas ações (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2021). Assim sendo, a utilização de sistemas não unificados deixa esse controle fragmentado, como é visto na RAS de Uberaba e relatado nos discursos “2” de ambas as categorias, nas quais cada ponto da rede utiliza sistemas diferentes e não comunicantes entre si.

A sugestão de obrigatoriedade colocada no terceiro discurso dos médicos remete, talvez, a uma dessensibilização ou até deficiência de conhecimento sobre a importância de cada etapa do processo de continuidade do cuidado. É essencial entender que o processo de RCR não é apenas uma tarefa a mais imposta em suas obrigações, mas sim um complemento

de suas atribuições, contribuindo para a continuidade do cuidado (PEREIRA; SOUSA; DUARTE, 2020).

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

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

Na importância e sugestões sobre as atividades de Educação Permanente acerca do tema RCR, destaca-se que 100% dos entrevistados compreendem sua necessidade, demonstrando preocupação com sua qualificação profissional e melhoria da qualidade do serviço prestado à população.

No discurso "1" dos enfermeiros, além de uma conotação crítica sobre a relevância da participação dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, foram colocadas sugestões para a prática de educação permanente em saúde (EPS) direcionadas à criação de protocolos e esclarecimento sobre o fluxo correto da RAS, com o intuito de melhorar a comunicação entre os profissionais. Desde 2017, a Resolução 569/2017 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre as competências necessárias para a formação profissional, elenca a comunicação e as relações interpessoais como fundamentais para a prestação de um cuidado seguro e de qualidade (BRASIL, 2018).

Outrossim, no discurso "1" dos médicos, foi sugerido como tema de EPS a integração entre os pontos da RAS, visto a responsabilidade de serem os ordenadores dos serviços. Para que essa integração aconteça, é necessário uma comunicação eficaz, que só ocorre quando os participantes têm consciência do contexto em que estão inseridos (BETTINE, 2017), que nesse caso seria a RAS. Ponderar sobre a APS como ordenadora dos cuidados dentro da rede

(BRASIL, 2017) faz com que seja fundamental que todos os profissionais nela atuantes tenham total domínio sobre seus fluxos e pleno entendimento sobre seu funcionamento.

Como sugestão, foram colocados nos discursos “3” dos enfermeiros e “2” dos médicos a atualização conceitual a partir da EPS. Visto a heterogeneidade de termos utilizados no processo de continuidade do cuidado, é imprescindível que esses termos sejam atualizados e padronizados (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021), inclusive pela complexidade de sua definição e, conseqüentemente, a dificuldade em expressá-los, sendo na maioria das vezes apenas presumidos e não declarados (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). O processo de referência e contrarreferência ainda tem sido citado de forma dissemelhante, ampliando o fato da escassez de investigações sobre a temática (SANTOS et al., 2022).

O discurso “2” dos enfermeiros aponta a necessidade da participação de todos os profissionais, inclusive da gestão, nas atividades de EPS, aspecto visto como motivador. A participação direta da gestão estimula a cooperação e o trabalho em equipe, evitando a fragmentação habitual dos serviços (FREIRE et al., 2020). Nesse ínterim, é fundamental que exista motivação e harmonia entre a equipe, na busca por maior eficiência, melhor qualidade da assistência prestada (ANDRADE et al., 2022) e, conseqüentemente, um aumento da resolutividade.

O quarto discurso dos enfermeiros ainda coloca que ações de EPS aumentam a resolutividade dos serviços e favorecem a continuidade do cuidado, impactando na redução de filas de espera ou até reduzindo o número de hospitalizações, indo de encontro à justificativa desta pesquisa. Imagina-se que todo profissional pretenda ser competente no que se propõe, porém, a competência só é adquirida com a junção de conhecimento e prática, que pode ser proporcionada por meio de ações de EPS, as quais conseguem estimular o pensamento crítico-reflexivo, lapidando-os nesse processo (DUARTE et al., 2022), como também sugerido no discurso “4” dos médicos.

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

De modo sistematizado, é preciso compreender a evolução do processo de continuidade do cuidado para se encontrar, dentro desse emaranhado, o que é fazer saúde. A

princípio, o encaminhamento era tido como a prática de enviar um paciente para outro ponto da rede para resolução de demandas, as quais a fonte de origem não estaria preparada para atender (DECS, 2024), conceito que, por muito tempo, se fez suficiente. Porém, a expansão das ciências da saúde e a ascensão da APS exigiram uma sofisticação desse modelo, alcançando o que hoje se chama de continuidade do cuidado (SANTOS et al., 2022).

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

A construção de protocolos e instrumentos, ou até a implantação de equipes de ligação para otimizar o processo de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado, exige que a gestão, os serviços e a academia direcionem seus olhares na busca de um cuidado integral cada vez mais coeso (OLIVEIRA et al., 2024). Nesse intuito, também é necessário equalizar o conhecimento dos profissionais que estão diretamente envolvidos nesse processo, o que só é possível por meio de educação permanente em saúde, numa perspectiva de mudança de paradigmas e atualização de modelos, trazendo qualificação condizente com os princípios do SUS (SILVA et al., 2014).

Na utilização da Nuvem de Palavras, buscou-se alcançar a complexidade das mensagens passadas pelos profissionais, captando o que se conhece e o que se acredita ter sido experienciado na intervenção educativa. Para tal, três categorias foram construídas, a saber: Feedback (18,7%), estão presentes as palavras “aprendizado”, “desesperança”, “mudança”, “ansiedade”, “empoderamento”, “esclarecedor”, “importante”, “oportunidade” e “retrabalho”, dispostas aqui de acordo com a intensidade com que apareceram nas nuvens, agrupadas à luz do entendimento dos pesquisadores, de modo que representassem respostas dadas a partir da capacitação como uma devolutiva sobre o que havia sido captado pelos participantes.

Por sua vez, chama a atenção o uso de palavras de um feedback positivo com o retorno da atividade interventiva, quais sejam: aprendizado, mudança, empoderamento, esclarecedor, importante e oportunidade, que, em si, demonstram o espaço de reflexão e ou de revisão de

prática, ou mesmo de sugestões para um re-olhar sobre o campo de práticas (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

A ideia de discutir a continuidade do cuidado parte de uma contemporaneidade possivelmente não vivenciada pela maioria dos profissionais, visto que o processo de referência e contrarreferência vem se aprimorando ao longo do tempo, chegando à continuidade do cuidado apenas em 2017, com Deeny et al. Portanto, palavras como “aprendizado”, “mudança”, “empoderamento” e “esclarecedor” fazem sentido, visto a heterogeneidade de termos utilizados no processo de continuidade do cuidado (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021). Este processo ainda tem sido citado de diversas formas, ampliado pelo fato da escassez de pesquisas sobre a temática (SANTOS et al., 2022).

É fundamental que exista motivação e harmonia entre os profissionais, na busca por maior eficiência e qualidade da assistência prestada (ANDRADE et al., 2022), sendo essencial a participação da gestão, tanto ofertando o conhecimento quanto no processo de qualificação dos profissionais de forma direta (FREIRE et al., 2020). Aprimoramentos dos processos de trabalho exigem a participação conjunta da gestão, dos profissionais atuantes e da academia (OLIVEIRA et al., 2024), buscando otimizar recursos e evitar justamente o retrabalho citado nas respostas.

Acerca das percepções sobre a continuidade do cuidado (30,89%), é um tanto quanto abrangente, uma vez que englobou todas as palavras referentes ao processo, sendo essas: “continuidade”, “referência”, “sistematização”, “prontuário eletrônico”, “regulação”, “contrarreferência”, “gestão”, “integralidade”, “saúde”, “transição do cuidado”, “atendimento rural”, “encaminhamento”, “exames”, “políticas públicas”, “setores”, “SUS”, “transferência”, “UBS” e “vida”.

É notório que os participantes compreenderam um dos propósitos da capacitação sobre a atualização conceitual, já que palavras relacionadas ao processo de continuidade do cuidado, como “continuidade”, “referência”, “contrarreferência”, “transferência”, “transição do cuidado” e “encaminhamento”, foram trazidas. O propósito de colocar as palavras em ordem de intensidade remete à ideia de que “encaminhamento”, mesmo que obsoleto, continua presente, sendo necessário aceitá-la como parte da evolução do processo de aprimoramento da continuidade do cuidado.

A palavra “encaminhamento” foi um termo por muito tempo considerado suficiente, porém, a expansão das ciências da saúde e a ascensão da APS exigiram uma sofisticação desse conceito e sua prática (SANTOS et al., 2022), passando a ser conhecida, especificamente após a criação do SUS, como “referência e contrarreferência”, de forma que

o profissional não apenas encaminha, mas também define as razões pelas quais está solicitando a consulta ou procedimento (MENDES, 2011). De forma mais sofisticada, o conceito evoluiu para transição de cuidado, numa perspectiva de que as demandas do paciente, tanto perceptíveis quanto subjetivas, sejam assistidas em todos os níveis de densidades tecnológicas e assistenciais, buscando garantir a continuidade do cuidado (BELGA; JORGE; SILVA, 2022).

Palavras como “gestão”, “integralidade”, “exames”, “setores” e “vida” trazem uma correlação com a proposta de continuidade do cuidado, estando intimamente relacionadas com a integralidade do cuidado, através da RAS, viabilizando a operacionalização do SUS, por meio de cuidado contínuo (OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021) e remetendo à ideia de “setores”, que é o reconhecimento da necessidade de solicitar apoio sempre que necessário, para responder de forma efetiva às demandas da população (UTZUMI et al., 2020).

Também é possível perceber que “gestão”, “exames” e “vida” remetem à necessidade de abordar o relacionamento e comunicação entre equipes de diferentes níveis de atenção (gestão), contemplar a disponibilidade das informações de saúde (exames) e tratar de distintos eventos históricos em série que o paciente viveu (vida), acompanhados pelo profissional de saúde (gestão e vida), denotando a importância das dimensões gerencial, informacional, interpessoal e longitudinal da continuidade do cuidado (DEENY et al., 2017).

A categoria 2 ainda traz palavras como “políticas públicas”, “SUS” e “UBS” (Unidade Básica de Saúde), expressando que os participantes compreenderam que, para a efetivação da continuidade do cuidado, são necessárias políticas públicas que tragam para a realidade as proposições do SUS, que coloca a APS, nesse momento referida como “UBS”, como ordenadora do processo, de modo a planejar e monitorar o fluxo dos usuários entre os distintos pontos da RAS, oferecendo um cuidado horizontal, contínuo e integrado (MESQUITA et al., 2023).

Na Categoria 3: Percepções sobre a importância de competências, habilidades e atitudes no processo de continuidade do cuidado, foi necessário criar duas subcategorias devido à profundidade que as palavras colocadas proporcionaram. Para a Subcategoria 3A: percepções das relações interprofissionais (32,52%), destacaram-se palavras como “conhecimento”, “comunicação” e “qualificação”. Pensar em continuidade do cuidado exige não só que o profissional apresente conhecimentos sobre os processos saúde-doença, mas também conhecimento sobre os serviços ofertados pela RAS em que está inserido e fluxos

pré-estabelecidos, facilitando o direcionamento do paciente durante todo o processo (NOCE et al., 2020; UTZUMI et al., 2020).

As palavras “comunicação” e “qualificação” apreendidas na Subcategoria 3A podem se direcionar a competências essenciais para a prestação de uma assistência de alta qualidade, gerando confiabilidade entre os profissionais (TABOSA et al., 2021), de modo a otimizar o processo de continuidade do cuidado, fundamentalmente descrito por Deeny et al. (2017) como continuidade gerencial, abordando o relacionamento e a comunicação entre equipes de diferentes níveis de atenção e cuidado informacional, contemplando a disponibilidade das informações de saúde no aspecto biopsicossocial.

Para a Subcategoria 3B: percepções das relações interpessoais (17,52%), destacam-se as palavras “cuidado”, “humanização” e “corresponsabilidade”. Tais relações podem ser compreendidas como um instrumento de trabalho e sua carência ou limitação pode afetar diretamente o cuidado prestado (BIANCONI et al., 2020), inclusive no processo de continuidade. Profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, têm a responsabilidade de oferecer um cuidado humanizado aos indivíduos e suas famílias, em busca da resolução das demandas solicitadas de forma oportuna, singular e multidimensional (AMORIM et al., 2022).

A percepção de corresponsabilidade durante o processo de continuidade do cuidado pode ser, nesse momento, apreciada em duas vertentes: uma em que o paciente precisa ser posicionado enquanto sujeito protagonista do seu cuidado (DE MEDEIROS et al., 2021) e outra sob o olhar de que a responsabilidade do cuidado não pode ser transferida, mas sim compartilhada. Uma vez sanadas as demandas do paciente em pontos da RAS distintos da APS, esse paciente retorna à sua unidade de origem para a continuidade do cuidado recebido, de modo que a percepção de corresponsabilidade durante a continuidade do cuidado precisa estar nítida para os profissionais de saúde (LIMA et al., 2023).

A continuidade do cuidado, como processo sofisticado, exige profissionais capacitados, empoderados e motivados, com percepções aguçadas sobre o processo como um todo, de forma integral, sistematizada, regulada e interligada de forma corresponsável, proporcionando condições para a prestação de um cuidado humanizado e de qualidade.

7. CONCLUSÃO

Este estudo contou com a colaboração de 96 profissionais atuantes da Atenção Primária de Uberaba, sendo 53 enfermeiros e 43 médicos de um total de 38 UBS. Dos

enfermeiros entrevistados, viu-se que a maioria é do sexo feminino (83%), com idades entre 30 e 39 anos (49%), todos com mais de 5 anos de formação, com predominância entre 11 e 15 anos de formados (39,6%), com especialização ou residência (54,8%) e com entre 6 e 10 anos de atuação. Já os médicos, têm maior número do sexo masculino (59,5%), também apresentando idades entre 30 e 39 anos (52%), e 2 a 5 anos de formados (35,7%), sendo também a maioria com especialização ou residência (66%), com no máximo 2 anos de tempo de atuação (40,5%).

A organização das ações de referência e contrarreferência, podendo ser visualizada de forma sofisticada como continuidade do cuidado, além da possibilidade de oferta de maior resolutividade das condições de saúde da população, pode otimizar custos, tanto do sistema quanto do paciente, reduzir tempo, ampliar o acesso da população e aumentar a satisfação de quem a utiliza, tanto no panorama da população quanto dos profissionais atuantes.

A transição de cuidado, que opera como uma mudança, se direciona à continuidade do cuidado, mas antes tem que ser assimilada não só conceitualmente, como também no cotidiano dos profissionais e da RAS.

Portanto, é necessária a construção de uma prática direcionada à continuidade do cuidado em toda a sua complexidade, analisando cada nuance, incluindo tanto os aspectos gerenciais e informacionais, que tendem a ser mais técnicos, quanto os aspectos longitudinais e interpessoais, que envolvem vínculos e relações.

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

As EPS ofertadas a partir dos resultados do estudo se mostraram influenciadoras, sobretudo quando se verifica pela nuvem de palavras. Também, dialogar sobre as dificuldades e pistas para mudanças foi algo importante.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. *et al.* Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev. de Enf. UFPE**. v. 12, n. 12, p. 3190-3197, 2018.

ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.S.; PINTO, I.C.; WEBER, L.A.F. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas na alta da emergência para o domicílio. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2020.

ALBIERO, K. A. Desenvolvimento e validação de conteúdo e de face de um instrumento para avaliação das práticas alimentares de estudantes universitários. Dissertação (mestrado) - Programa de pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 295. 2018.

ALIEVI, M. F. *et al.* Atenção à saúde do estomizado na rede de atenção à saúde na perspectiva de enfermeiros. **Enferm Foco**, v. 14, p. -, 2023.

ALVES, M.L.F; GUEDES, H.M; MARTINS, J.C.A; CHIANCA, T.C.M. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais – Brazil. **Rev. Med. Minas Gerais** [Internet], 2015; 25(4):69-75. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>. Acesso em: 06 ago.2022.

ACYLINO, E. M.; ALMEIDA, P. F.; HOFFMANN, L. M. A. Acesso e continuidade assistencial na busca por cuidado em saúde: tecendo a rede entre encontros e entrelaços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310123, 2021.

AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210300, 2022.

ANDRADE, F. M. *et al.* Motivação da equipe de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e479111229689-e479111229689, 2022.

AUED, G. K. *et al.* Atividades das enfermeiras de ligação na alta hospitalar: uma estratégia para a continuidade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 27, p. e3162, 2019.

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social**, v. 10, n. 1/2/3, p. 054-064, 2019.

BAKERJIAN, D. The advanced practice registered nurse leadership role in nursing homes: leading efforts toward high quality and safe care. **Nursing Clinics**, v. 57, n. 2, p. 245-258, 2022.

BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551-570, 2022.

BIANCONI, A. L. M. *et al.* Relações interpessoais de equipes multiprofissionais na atenção domiciliar: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, p. 59594-59594, 2020.

BETTINE, M. Um olhar sobre a construção do conceito de ação comunicativa na “Teoria da Ação Comunicativa”. **Sociologias, Porto Alegre**, v. 19, n. 44, jan/abr. 2017, p. 334-359. DOI: <https://doi.org/10.1590/15174522-019004414>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/THm55P8jfxZDrjLYzPgvL5n/?lang=pt>

BOUSQUAT, A *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: manager’s and user’s perspective. **Ciênsaúde coletiva**. 2017; 22 (4): 1141-1154. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre [...]. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 198, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 2004 fev. 16; Seção I. p 37-1.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: I CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Relatório final. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde.. In: II CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE. Relatório Final. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde/CGDRH/SUS, 1993.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Orientações para monitoramento e avaliação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 84 p. : il

BRASIL, Portaria GM/MS 2.436/2017; - **Ministério da Saúde**, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Seção 1, n.68. 2017 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190235, 2020.

CARDOSO, R. N.; SILVA, R. S.; SANTOS, D. M. S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária a saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 2691-2706, 2021.

CARVALHO FILHO, A. M. et al. Preceptores de residência médica: perfil epidemiológico e capacitação pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, p. e159, 2020.

CECCIM, R.B. Permanent education in the healthcare field: an ambitious and necessary challenge. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIRNE, M. R. et al. Conhecimento de médicos residentes sobre aplicativo no processo de referenciamento. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 926-936, 2023.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. Continuidade do cuidado da alta hospitalar para a atenção primária à saúde: a prática espanhola. **Texto Contexto Enferm.**, 2020.

COSTA, M. F. B. N. A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2019.

DA SILVA, G. F. et al. Subnotificações de acidentes de trabalho com material biológico de profissionais da enfermagem de um hospital do Paraná. **Varia Scientia- Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 101-111, 2021.

DAMACENO, A.N et al. Health care network: a strategy for health systems integration. **Rev Enferm UFMS**. 2020, (10):1-3. DOI: <https://dx.doi.org/10.5902/2179769236832>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: DeCS. 2024. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2024. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=12438&filter=ths_termall&q=encaminhamento. Acesso em 09 jun 2024.

DEENY, S. G. T. et al. Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. **London: The Health Foundation** [Internet]. 2017 [citado em 2024 Fev 10]. 12 p. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ReducingAdmissionsGPCContinuity.pdf>.

DE MEDEIROS, L. S. P. *et al.* Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde. **Research, society and development**, v. 10, n. 11, p. e434101119959-e434101119959, 2021.

DI DOMENICO, A. S.; BROCARDI, I. S. Funcionalidades e aplicações do *Mentimeter* no ensino presencial e remoto: um relato de experiência. **Educ EaD-Revista de Educação a Distância da UFVJM**, v. 2, n. 1, p. 74-90, 2022.

DOLNY, L. L. et al. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020.

DUARTE, I. M. et al. A implementação de metodologias ativas em treinamentos para profissionais enfermeiros do Hospital Federal da Lagoa em tempos de COVID-19: uma estratégia para a educação permanente em saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 5, p. e48511528453-e48511528453, 2022.

FERREIRA, M.L.; et al. Nursing actions in reference and counter-reference in healthcare for persons with amputation. **CogitareEnferm**. 2017.

FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 821-836, 2023. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022>.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 65 ed. Rio de Janeiro/ São Paulo. Paz e Terra. 2018.

FREIRE, F. F. S. et al. O processo de trabalho em saúde e a educação permanente: desafios e possibilidades. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 21806-21817, 2020.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/9293/7847>. Acesso em: 31 out 2024.

GALAVOTE, H.S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 90-98. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8QsxZbDLnCWwBN6zQVwjbxL/?lang=pt>. Acesso em: 06ago. 2022.

GOMES, R. M.; CORVINO, M. P. F. Os anos iniciais da educação permanente em saúde em Itaboraí (RJ) e sua contribuição para uma nova qualificação para gestores. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 9, p. 14398-14415, 2023.

GOULARTE, A. F.; et al. continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. **Rev. Min. Enferm.** 2021.

IRWIN, K. A.; AGIUS, M. How does continuity of care affect quality of care in primary healthcare? **Psychiatr Danub.** 2017.

JÚNIOR, W. M. P.; RIZZON, A. M.; MACHADO, C. J. Comunicação entre profissionais como ferramenta para cuidado integral aos pacientes oncológicos por mecanismos de referência e contrarreferência. **Ver. Interd. Ciências Méd.**, v. 2, n. 2, p. 2-5, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 ago. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 21 fev. 2025.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. Pesquisa de representação social: um enfoque quali-quantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012. 224 p.

LIMA, L. S. *et al.* Contrarreferência: estratégia para continuidade do cuidado na saúde da mulher e recém-nato. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 25, p. 73154-73154, 2023. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73154>.

MAURO, A. D.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Articulação hospital-atenção primária na transição do cuidado: os dois lados do processo. **Rev. da Esc. de Enf. da USP**. v. 55, p. e20210145, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>. Acesso em: 18 abr. 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. [Internet]. 2a ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 18 jun 2024.

MENDES, E.V. Access to Primary Health Care. Brasília. **Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS**; 2017. 193P.:il.

MENEGAZ, J. C. et al. Desafios e potencialidades do empreendedorismo de negócios na enfermagem: analogias à atividade empreendedora brasileira. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 32, p. e20220274, 2023.

MESQUITA, A. L. M. et al. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 12, p. 30191-30205, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2928/2356>. Acesso em: 31 out 2024.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa**. Revista Lusófona de Educação, núm. 40. 2018.

MÜLLER, J. H.; SCHRÖEDER, C. S. Demandas e Desejos de Pós-Graduandos Stricto Sensu em uma Universidade Federal do Sul do Brasil. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 24, n. 1, p. 63-69, 2023.

MUNDSTOCK, I. et al. Transição do cuidado entre os diferentes níveis de complexidade na enfermagem e saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 3005-3021, 2022.

NASCIMENTO; L. C. et al. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300330, 2020.

NETO, J. F.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. S. H. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, Fortaleza**, v.2, 2018.

NOCE, L. G. A. *et al.* Relações interprofissionais de uma equipe de assistência ao paciente em cuidados críticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190420, 2020.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310105, 2021.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 2023.

OLIVEIRA, L. G. F. et al. Reflexões acerca dos desafios enfrentados pela equipe multidisciplinar quanto à integralidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e14973-e14973, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.973>.

PAIM, J.S. Universal health systems and the future of the Brazilian Unified Health System (SUS). **Saúde Debate**. 2019, v.43, n.5, p. 15-28.
DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S502>.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e Práticas**. 1ed. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 2010.

PEITER, C. C. et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, p. e20180214, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8V3GKbxjSp3VdpbR3s78HDb/?lang=pt>. Acesso em: 18 jun 2024.

PEREIRA, A. C. L. et al. Desenvolvimento de tecnologia educativa na Atenção Básica: continuidade e transição do cuidado à pessoa idosa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e387101623390-e387101623390, 2021.

PEREIRA, K. T.; SOUSA, H. A.; DUARTE, S. R. M. P. Efetividade dos resultados de serviço de contrarreferência em hospital quaternário do sul de Minas Gerais. **Health Sciences Journal**, v. 10, n. 1, p. 17-22, 2020.

POLIDO, C. G.; JULIANI, C. M. C. M.; PILKINGTON, F. B. Redes de atenção à laqueadura tubária: responsabilidades e desafios. *Enfermagem Brasil*, v. 20, n. 5, p. 661-671, 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA (PMU), Secretaria Municipal de Saúde. Lista de Unidades Básicas de Saúde de Uberaba. 2023. Disponível em: <http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/unidades%20basicas.pdf>. Acesso em: 07. nov. 2023.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare [Internet]. **Canadian Health Services Research Foundation**; 2002.

RESOLUÇÃO nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

ROCHA, M. T.; CALHEIROS, D. S.; WYSZOMIRSKA, R. M. A. F. O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e50211427458, 2022.

ROMERO, A. D. T.; ROMERO, I. A. A. Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Aregua en el año 2020. **Medicina Clínica y social**, v. 4, n. 3, p. 98-103, 2020.

SANTANA, R. F. et al. Tecnologias para a continuidade do cuidado à distância. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 25, 2020.

SANTOS, M. T. et al. Continuidade e coordenação do cuidado: interface conceitual e contribuições dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p.

e20220100, 2022.

SANTOS, T. C. C.; TOZETTO, S. S. Pós-graduação stricto sensu e desenvolvimento profissional docente: relações possíveis. **IX Congresso de Educação, João Pessoa – PB, 2023**. DOI: 10.46943/IX.CONEDU.2023.GT01.075.

SASSI, A. P. et al. O ideal profissional na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, p. e044, 2020

SCHILLER, C. O. A. et al. Validação de face e construto do Instrumento de Avaliação de Redes de Atenção Materno-infantil (IARAMI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 657-3670, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ncBKGVCV9rGxmZszKdQFV6c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago 2024.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. DE A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3579–3586, nov. 2010.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 49-54, 2014.

SILVA, S.S.; ASSIS, M.M.A.; SANTOS, A.M. The nurse as the protagonist of care management in the Estratégia Saúde da Família: different analysis perspectives. **Texto Contexto Enferm**, 2017.

SILVA, K. L., SENA, R.R., CASTRO, W.S. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 4, p. e67762, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.

SILVA, T. B.; SHIMOCOMAQUI, G. B. Continuidade do cuidado aos egressos hospitalares da COVID-19: novos e antigos desafios para o enfrentamento da pandemia no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 31, p. e31040056, 2023.

SULINO, M. C. et al. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: (des) continuidade do cuidado. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 30, p. e20190363, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SxxjbnSKm3VcRNsgcSPfKzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mai 2024.

TABOSA, J. M. S. *et al.* Competências colaborativas e o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação: PET-Saúde/Interprofissionalidade em período de pandemia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e10110111481-e10110111481, 2021.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 18a ed. São Paulo: Cortez, 2018. 136 p.

UTZUMI, F. C. *et al.* Acesso versus continuidade do cuidado nos serviços da rede de saúde: vivenciando possibilidades e contradições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. e20180502, 2020.

VERÇOSA, R. C. M.; DA SILVA LIMA, L. V. Características gerais dos egressos de um programa de residência de de enfermagem. **Revista Portal: Saúde E Sociedade**, v. 5, n. 2, p. 1446-1454, 2020.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- Profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 através 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.

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.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Álvaro da Silva Santos

E-mail: alvaroenf@hotmail.com

Telefone: (34) 99905-2831

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, nº 159, Centro Educacional ,Uberaba, MG.

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS O ESCLARECIMENTO

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 voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador Responsável

Telefone de contato dos pesquisadores:

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

| | | |
|------------|--|--|
| 99905-2831 | | |
|------------|--|--|

Apêndice B- Instrumento sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde

Pesquisa sobre ações de Referência e Contrarreferência na prática de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde e Hospital Público de Ensino

Código do Entrevistado: _____

A) Aspectos sociodemográficos

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 formado (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 () 4.6 21 anos ou mais
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. Médico Residente 6.1 Sim() 6.2 Não() /
Se sim, RI() RII() RIII() RIV ou mais()
7. Especialidade(s) (para ambas profissões) _____
8. Local de trabalho:
APS (Unidade)_____
9. Atuação neste local de trabalho, em anos completos: 9.1 até 2 anos () 9.2 3 a 5 anos () 9.3 6 a 10 anos () 9.4 11 a 15 anos () 9.5 de 16 a 20 anos () 9.6 21 anos ou mais ()

B) Questões sobre Referência e Contrarreferência

- 10) Os temas *Referência* e *Contrarreferência* ou similares foram trabalhados em sua formação?
10.1 Sim () 10.2 Não ()
- 11) O que você entende por *Referência* para a Rede de Atenção à Saúde (RAS)?
- 12) O que você entende por ações de *Contrarreferência* na RAS?
- 13) Você aplica alguma ação de *Referência* e *Contrarreferência* em sua prática?
13.1 () Sim / Quais?
13.2 () Não / Porque?
- 14) Você acha que devem acontecer mudanças nas práticas de *Referência* e *Contrarreferência*? 14.1 Sim ()
14.2 Não ()
- 14.3) Se sim, fale sobre suas sugestões
- 15) Você acha que devem ocorrer atividades de Educação Permanente sobre ações de *Referência* e *Contrarreferência*? 15.1 Sim () 15.2 Não ()
- 15.3) Se sim, fale sobre suas sugestões:

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Juízes

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, coordenado pelo Prof^o. Dr^o. Álvaro da Silva Santos, Professor Adjunto na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 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 – UFTM e a partir disto, construir de modo conjunto uma proposta de ações de Referência e Contrarreferência de usuários na Rede de Atenção à Saúde. Sua participação é importante, pois irá colaborar na validação de face do instrumento construído pelos autores para avaliar o nível de conhecimento dos profissionais envolvidos acerca do tema da pesquisa.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário avaliar o instrumento construído e sugerir correções ou adequações, se necessário; com tempo estimado de 20 minutos, com prazo de 15 dias após recebimento do mesmo.

Os riscos previstos de sua participação referem-se a perda de confidencialidade. Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências: você será identificado por códigos e sua identidade não será revelada a ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade.

Como benefícios de sua participação, espera-se que sua participação traga acréscimos de conhecimentos científicos, contribuindo para a validação do instrumento que além de avaliar, contribui para a fixação e fornecimento de conhecimentos necessários para a prática profissional dos profissionais enfermeiros e médicos.

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 prejuízos quanto a sua participação na intervenção educativa, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que sofra em decorrência dessa pesquisa.

ANEXOS

Anexo A - Dimensão da Avaliação dos Efeitos: Avaliação da Percepção da Intervenção Educativa

Nome _____

Profissão: _____

LEGENDA:

| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NSA |
|----------------------------|-----------------|----------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|
| Concordo totalmente | Concordo | Não concordo nem discordo | Discordo um pouco | Discordo totalmente | Não se aplica |

| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NS A |
|---|---|---|---|---|---|---------|
| 1. Essa ação educativa atendeu as necessidades do meu processo de trabalho. | | | | | | |
| 2. Existiu coerência entre o conteúdo ministrado e a proposta da ação educativa. | | | | | | |
| 3. Foram utilizadas metodologias ativas/participativas. | | | | | | |
| 4. O uso das dinâmicas e técnicas de trabalho na ação educativa foi adequado. | | | | | | |
| 5. Houve integração entre atores do ensino-serviço no desenvolvimento dessa ação educativa. | | | | | | |
| 6. A ação educativa contemplou a interprofissionalidade (interação e colaboração). | | | | | | |
| 7. No decorrer da ação educativa, pude colaborar com a minha equipe de trabalho. | | | | | | |
| 8. Estou satisfeito(a) com a qualidade dos recursos audiovisuais e dos materiais utilizados na ação educativa. | | | | | | |
| 9. A coordenação da ação educativa teve capacidade de comunicação e resolução e/ou encaminhamento das necessidades dos participantes. | | | | | | |
| 10. Houve integração e relacionamento com os demais participantes da ação educativa. | | | | | | |
| 11. As condições gerais dos locais dos encontros presenciais (sala de aula, auditório, laboratório etc.) foram boas. | | | | | | |
| 12. A duração/carga horária foi adequada para a proposta da ação educativa. | | | | | | |
| 13. De modo geral, estou satisfeito(a) quanto à organização da ação educativa. | | | | | | |
| 14. As condições gerais (acesso, navegação, etc) da plataforma online ou ambiente virtual de aprendizagem foram boas (modalidade EaD) | | | | | | |

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título 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

Pesquisador: Álvaro da Silva Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68408023.5.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.221.773

Apresentação do Projeto:

O projeto está sendo reapresentado com o objetivo de atender pendência(s) apontada(s) no parecer nº 6.061.352.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2082352.pdf de 26/06/2023) e do Projeto Detalhado (Projeto_Molde_CEP.docx, de 26/06/2023).