

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NAS MICRORREGIÕES DE SAÚDE DE MANHUAÇU E CARANGOLA

MATHEUS RONDEL LEITE¹; CRISTIANO INÁCIO MARTINS²; MARCELI SCHWENCK ALVES SILVA³; ÉNTERO BENVINDO⁴

¹Enfermeiro pelo Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu – MG, enfermagemmrl@gmail.com.

²Mestre pela Escola de Enfermagem da UFMG, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva, Especialista em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Docência: UNIFACIG, UFMG (professor convidado) - MG, cristiano_inacio@yahoo.com.br.

³Mestre pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Especialista em Saúde da Família, Especialista em Saúde do Idoso e Gerontologia. Docência: UNIFACIG, Manhuaçu - MG, marcelischwsilva@gmail.com.

⁴Acadêmico do curso de Enfermagem no Centro Universitário do UNIFACIG, Manhuaçu - MG, enterobenvindo@gmail.com.

RESUMO

Estudo com abordagem quantitativa de finalidade descritiva, onde aplicou-se um questionário destinado aos gestores dos municípios a fim de conhecer a rede de referência e contrarreferência das microrregiões de saúde de Manhuaçu e Carangola e descrevê-las. Os municípios pertencentes às microrregiões pesquisadas não possuem uma rede de referência e contrarreferência integrada, causando problemas na rede de atenção à saúde, caracterizada pela falta de implementação de ouvidorias de saúde, territorialização desatualizada, referência e contrarreferência inadequada e falta de integração das redes de saúde entre os municípios. Sugere-se implementações de definição de direcionamentos no sistema, gestão e capacitação humana aprimorada e intercomunicação entre os setores, realizando assim a implementação integral e eficaz do sistema de referência e contrarreferência nas microrregiões de saúde de Manhuaçu e Carangola.

Palavras-chave: Referência e Contrarreferência; Rede de Saúde; SUS; Integralidade.

REFERENCE AND COUNTER-REFERENCE IN THE HEALTH MICROREGIONS OF MANHUAÇU AND CARANGOLA

ABSTRACT

Study with a quantitative approach for descriptive purposes, where a questionnaire was applied to municipal managers in order to understand the reference and counter-reference network of the health micro-regions of Manhuaçu and Carangola and describe them. The municipalities belonging to the researched micro-regions do not have an integrated referral and counter-referral network, causing problems in the health care network, characterized by the lack of implementation of health ombudsman offices, outdated territorialization, inadequate referral and counter-referral and lack of network integration health between municipalities. Implementations are suggested to define directions in the system, management and improved human training and intercommunication between sectors, thus carrying out the full and effective implementation of the referral and counter-referral system in the health micro-regions of Manhuaçu and Carangola.

Keywords: Reference and Counter-reference; Health Network; SUS; Completeness.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita o acesso à saúde para milhões de brasileiros, sendo considerado o maior sistema público de saúde do planeta. Entretanto, tal proposta possui inúmeros desafios em relação à implementação integral e eficaz do sistema, como por exemplo, o referenciamento e contrarreferenciamento dos usuários durante seu trajeto na rede devido à falha de comunicação entre os entes (Melo *et al.*, 2016; Brondani *et al.*, 2016).

A comunicação em saúde, definida por Leal e Thamy (2021) como a utilização de estratégias comunicativas informando e influenciando as decisões dos indivíduos e de suas comunidades para promoverem saúde, deve ser trabalhada nos meios de saúde para que haja eficiência e coerência entre as ações e os preceitos do SUS. As atuais tecnologias permitiram que os profissionais de saúde visualizassem os caminhos de referência e contrarreferência, acessível em todos os níveis de saúde e garantidor da integralidade do atendimento (Calistro, 2014).

O desenvolvimento científico, populacional e econômico brasileiro não foi acompanhado das reformas necessárias no sistema de saúde, já que a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde foi rompida. Assim sendo, instala-se uma crise no sistema de saúde, uma vez que o constrangimento e empobrecimento por uma fixação desproporcional de recursos financeiros foi alocada para financiar o SUS (Mendes, 2011).

A comunicação intersetorial dos sistemas de saúde se prova fundamental para captação dos dados sociais para que a rede não se desvincule da sociedade que está inserida (Mendes, 2010). Como medidas de estabilização do SUS não foram apresentadas em tempo hábil, houve a incapacidade de manter a continuidade do cuidado de saúde do usuário perante a rede, dificultando assim o fluxo de informações necessário para atualizar os dados dos pacientes e facilitar a oferta de fluxos entre os diferentes níveis de atenção (Conill; Fausto, 2007).

Oliveira *et al.*, (2021, p. 1) definem a continuidade do cuidado durante a utilização do sistema da seguinte forma:

“[...] Para a operacionalização das RAS pelos serviços de saúde, é preciso o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (RCR), o qual se refere ao mecanismo para o estabelecimento da comunicação. Através desse sistema é possível perceber, nos serviços de saúde, que o usuário obtém a continuidade no cuidado ofertado, em que cada informação sobre o usuário, advinda por diferentes profissionais de saúde e por diferentes serviços, é

sempre válida para continuidade do cuidado desse indivíduo, visto como um todo e recebendo atenção integral”.

Os diferentes níveis de atenção à saúde estão assim organizados: atenção primária à saúde (APS), sendo essa a porta de entrada para os serviços de saúde e aquela que referencia o usuário, caso necessário, aos níveis posteriores; atenção secundária, composta por ambulatorios e serviços hospitalares que utilizam tecnologias de média densidade; e a atenção terciária, caracterizada por grandes hospitais que concentram tecnologias mais recentes para recuperação do usuário, como é o caso dos hospitais oncológicos, cardiológicos e oftalmológicos (Mendes, 2011).

Como citado acima, conforme o usuário transita pelos níveis de atenção à saúde, as tecnologias e serviços empregados para manutenção do usuário se tornam mais complexas, exigindo maior comunicação entre as unidades para o cuidado integral e restabelecimento da saúde da pessoa atendida (Júnior; Jorge, 2022). O contrarreferenciamento, ou seja, o retorno dos pacientes para seu domicílio, deverá ser informado pela atenção secundária ou terciária para a atenção primária, já que esta possui maior proximidade com a comunidade do usuário e presta os cuidados necessários, evitando assim o comprometimento de sua saúde (Silva *et al.*, 2021).

Sabendo disso, justifica-se a pertinência deste estudo realizado no interior de Minas Gerais, onde seu objetivo é analisar o funcionamento do serviço de referência e contrarreferência para integralidade da rede de atenção à saúde nas microrregiões de saúde de Manhuaçu e Carangola, e sua finalidade é apresentar alternativas para a implementação integral e eficaz do sistema de referência e contrarreferência nestas microrregiões.

Os municípios são parte de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) onde existem centros universitários com centros de ciências da saúde, capazes de ofertar formação e qualificação de profissionais que compreendam a necessidade do fortalecimento da rede. Os diversos municípios integrantes oferecem atendimento às regiões próximas, bem como àqueles usuários da própria região.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. A abordagem quantitativa refere-se a investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis

principais ou chaves. Todos eles empregam artifícios quantitativos, tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostras de populações e programas. Utilizam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários e empregam procedimentos de amostragem (Lakatos; Marconi, 2005).

Quanto aos fins, foi um estudo descritivo. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza e ainda defender que não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Inúmeros estudos podem ser classificados como descritivos, entretanto é importante reconhecer que uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados.

A amostra do estudo foi composta por gestores de serviços de saúde dos municípios da Microrregião de Manhuaçu e Carangola. O programa estatístico utilizado no cálculo amostral foi G*Power versão 3.1.9.2 (Faul *et al.*, 2007). Para o estudo assumiu-se uma prevalência de aceitação a participar da pesquisa de 60% e este percentual foi utilizado para permitir alcançar maior precisão no tamanho da amostra e, por consequência, a significância estatística das análises.

Portanto, o cálculo amostral foi realizado pela proporção com os seguintes parâmetros: poder de teste de 80%, onde este é o valor mínimo para que o erro do tipo II¹ (Beta) não aumente, nível de significância (alfa) de 0,05 e tamanho de efeito de 0,3 que é considerado médio por Cohen (1988, p. 40).

Assim, o tamanho da amostra calculado com estes parâmetros foi de 17 secretários de saúde da microrregião de Manhuaçu, MG, onde 13 municípios aceitaram a proposta de pesquisa, totalizando 173.235 habitantes; e de Carangola, MG, onde 4 municípios participaram, totalizando 35.706 habitantes.

Foi realizado envio por e-mail do questionário de pesquisa, baseado no questionário do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que é um instrumento de avaliação externa do “Saúde Mais Perto de Você”, contendo o TCLE e apresentação da pesquisa para esclarecimentos sobre o projeto aqui apresentado, sanando assim possíveis dúvidas dos participantes da pesquisa, conforme a resolução nº 674 de 06 de maio de 2022. O prazo de retorno do questionário foi de 20 dias corridos, a contar da data de envio pelo pesquisador.

A etapa seguinte da pesquisa ocorreu mediante a interpretação dos dados coletados, cuja finalidade foi avaliar o processo de trabalho e a organização do fluxo de referência e contrarreferência nas microrregiões de Manhuaçu e de Carangola.

O programa utilizado para a realização das análises foi o *IBM SPSS Statistics Version 24*. Para a caracterização dos dados foi realizada a frequência observada e a porcentagem. A associação entre os desfechos e os possíveis fatores de influência dos mesmos foi apresentado pelo teste do qui-quadrado de Pearson e quando este não tiver suas premissas atendidas foi utilizado o teste Exato de Fisher.

A associação multivariada dos desfechos com os fatores de interesse foi realizada pela regressão logística múltipla como o método de seleção de variáveis *backward*. O nível alfa de significância que foi utilizado em todas as análises foi de 5%. O CAAE para este trabalho é 70515623.9.0000.8095 datado de 19 de julho de 2023.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento revelou que, dentre os entrevistados, 64,71% são de municípios com até 10.000 habitantes e 100,00% destes participam de algum consórcio de saúde.

A análise do perfil dos gestores permite observar predomínio do profissional enfermeiro(a) atuando como gestor municipal de saúde (47,06%) e a mesma porcentagem são outros tipos de profissionais de nível superior. Destes, 58,82% trabalham três anos ou mais na área, 52,94% possuem ou estão em formação complementar e 35,29% possuem pós-graduação.

Em relação à caracterização do território, 52,94% disseram que a gestão não utilizou alguma tipificação com base em critérios de risco e vulnerabilidade para definir a quantidade de pessoas sob responsabilidade das equipes. Contudo, 94,12% disseram que existe definição da área de abrangência das equipes, onde 76,47% delas têm até 3.000 pessoas em média sob sua responsabilidade.

Os dados demonstraram que o último mapeamento da área da abrangência das equipes mais prevalente foi de 1 mês a 1 ano (41,18%) e a mesma prevalência para mais de 2 anos (41,18%). A existência de uma população descoberta pela atenção básica no entorno do território de abrangência das equipes é uma realidade para 11,76% dos municípios.

No que se refere ao prontuário eletrônico, ele está implantado em 94,12% das equipes, encontram-se organizados por núcleos familiares para 82,35% dos municípios. Há integração

do prontuário eletrônico com os outros pontos da rede de atenção para 64,71% dos municípios. O sistema de informação que as equipes utilizam para registro das informações mais prevalente é o e-SUS/SIAB (94,12%). Já em relação aos serviços de referência, para 88,24% dos municípios existe serviço de atenção especializada, sendo o mais prevalente é o de ginecologia (18,52%) seguido da pediatria (17,28%).

Do total de municípios participantes, 23,53% são referência em atenção especializada para outros municípios da rede. No agendamento as consultas especializadas, os usuários são informados a retornar à UBS em 94,12% das consultas. Quando um usuário é atendido nas unidades de saúde e necessita ser encaminhado para uma consulta especializada, ele tem a sua consulta marcada pelas unidades de saúde em 58,82% dos casos.

Já em relação aos serviços de contrarreferência, em poucas vezes (58,82%) as equipes de Atenção Básica obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados. Os usuários retornam à unidade de referência após as consultas especializadas em 64,71% das vezes.

Há busca ativa aos usuários que realizam acompanhamento na atenção especializada a fim de atualizar dados em seu prontuário para cuidado continuado ocorre 58,82% das vezes.

Em relação à satisfação do usuário no tangente ao referenciamento e contrarreferenciamento na rede, as equipes realizam ou tem mecanismo de avaliação de satisfação do usuário em 23,53% das vezes e dispõem de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na atenção básica em 70,59% das vezes. O canal de comunicação mais disponibilizado é o de telefone (51,61%), havendo encaminhamento das demandas recebidas para a gestão municipal em 94,12% dos municípios.

Já em relação à equipe multiprofissional, o gestor municipal debateu com as equipes sobre quais categorias profissionais deveriam compor as equipes multiprofissionais em 70,59% das vezes. Dentre os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais 16,50% são psicólogos, seguido de nutricionistas (15,53%). Diante de um caso no qual há necessidade de apoio, a forma mais frequente que as equipes compartilham o caso é através da discussão de caso. Por fim, o telefone pessoal é o meio que os profissionais das equipes multiprofissionais são mais acionados nessas situações (41,94%).

A importância da prática de gestão, bem como a participação dos profissionais de saúde e o espaço que ocupam na dinâmica do processo organizacional das instituições de

saúde contemporâneas, remetem-nos a pensar no caráter complexo da gestão. Por conseguinte, constitui-se em desafio teórico-prático para os gestores do setor saúde, especialmente aqueles que atuam na gestão pública dos serviços de saúde.

Este estudo revelou que 100% dos municípios participantes da pesquisa são consorciados. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são associações formadas por entes da administração pública, principalmente da esfera municipal, e representam uma forma de fortalecimento das ações desses entes, por meio de ganho de representatividade e força política, administrativa e gerencial (Minas Gerais, 2023; Ministério da Saúde, 1997; Rocha; Faria, 2004).

Este estudo corrobora com dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2023), em Minas Gerais, dos 853 municípios, atualmente 84% da população mineira está vinculada a algum CIS, representando uma população de aproximadamente de 21 milhões de habitantes assistidos pelos 75 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) ativos, sendo 65 consórcios generalistas e 10 consórcios temáticos (SAMU).

Os municípios mais beneficiados ao se consorciar são os pequenos e médios, uma vez que tais localidades se uniriam e apresentariam maiores condições de barganha para com o governo estadual (Rocha; Faria, 2004).

Os Consórcios intermunicipais de Saúde objetivam a prestação de serviços assistenciais nas regiões de saúde, sobretudo a realização de procedimentos de média complexidade ambulatorial (consultas e exames), e desta forma alcançam alguns resultados: redução de custo e ganho na escala de produção de serviço, racionalidade de processos e despesas, aumento do desempenho no que tange aos processos de aquisição e contratação de serviços de forma cooperativa, aumento do poder de diálogo e articulação e articulação dos municípios da região, solução de problemas regionais sem se limitar às fronteiras administrativas de cada município (Brasil, 2014; Brasil, 2011; Brasil, 2009).

Todavia, um desafio apresentado seria a administração dos consórcios, pela variedade de autores que participariam da tomada de decisão (Flexa; Barbastefano, 2020).

Neste estudo, os profissionais graduados em enfermagem obtiveram uma representação significativa no papel de gestores municipais (47,06%). Estudos afirmam que a formação profissional do enfermeiro (a) proporciona conhecimento técnico científico em gestão de pessoas e processos de trabalhos, liderança, comunicação, pesquisa, organização, promoção e prevenção à saúde (Barbosa *et al.*, 2004; Aarestrup; Tavares, 2009).

Durante a graduação em Enfermagem, inicia-se o desenvolvimento de competências gerenciais que facilitam o entendimento da organização dos sistemas de saúde, embora não forneça o dimensionamento real dos serviços de saúde. Ocorre uma preocupação dos PPP (projetos político-pedagógicos) dos cursos de Enfermagem em desenvolver competências perante o enfrentamento de desafios do trabalho em equipe (Sanches Leonel *et al.*, 2020).

A inserção de enfermeiros para gestão de serviços de saúde favoreceu a integração de políticas públicas de saúde e demonstrou a capacidade destes profissionais em buscar alternativas metodológicas para implementação e conservação do sistema, embora ainda apresentem carências na grade curricular que precisam ser supridas para que tal profissional esteja a par da gestão em saúde coletiva (Andrade *et al.*, 2016). Contudo, deve-se promover a formação complementar dos gestores de saúde, uma vez que diversas perspectivas sobre a rede de saúde são necessárias para se ter uma gestão mais democrática e incentivar as formações complementares, permitindo melhor compreensão do sistema pelos gestores (Chaves; Tanaka, 2012).

A função de gestão no contexto do SUS baseia-se no gerenciamento de recursos humanos, ambientais e materiais. No enfrentamento do cotidiano administrativo, esses profissionais devem estar preparados para atuar como pensadores e administradores críticos, aptos a enfrentar mudanças e estabelecer a articulação com os profissionais de saúde, com as instituições de saúde e com os entes federativos (Andrade *et al.*, 2016).

Os dados analisados neste estudo demonstraram a fragilidade dos municípios em realizar a constante atualização dos dados das áreas de coberturas de seus territórios. A intenção em se mapear um território é facilitar o planejamento dos serviços de saúde, agindo diretamente sobre os determinantes sociais de saúde. Assim sendo, as gestões municipais possuiriam melhores condições em agir sobre as necessidades de suas populações (Muller *et al.*, 2010).

O processo de planejamento incorpora a ideia de definição de objetivos e a formulação de estratégias, neste momento, também se analisa a realidade, buscando oportunidades e ameaças, além de alianças que aumentem a capacidade de executar o plano (Brasil, 2014). O propósito do planejamento pode ser definido como o desenvolvimento de processos, técnicas ou atitudes administrativas que permitam avaliar as consequências futuras de decisões presentes e influenciá-las (Oliveira, 2007; Giovanella, 2012).

Estudos revelaram que fatores de risco como gênero, sexo, idade, doenças prévias e o acesso aos serviços de saúde evidenciaram carências e agravos de saúde que seriam mais bem manejados e referenciados caso houvesse planejamento e intervenção nos processos iniciais (Pinheiro *et al.*, 2002; Reis, 2016).

O mapeamento territorial é uma ferramenta da equipe multidisciplinar em saúde para que esta aja diretamente sobre as maiores necessidades de saúde da população adscrita, ocasionando numa melhor intervenção de saúde. Assim sendo, é necessário promover a tipificação com base em critérios de risco para que os recursos alocados supram as necessidades de saúde da população local (Reis, 2016).

É fundamental o entendimento de que a ausência da realização do mapeamento contínuo dos territórios de abrangências das equipes constitui um obstáculo ao bom funcionamento da assistência desta equipe uma vez que os territórios são dinâmicos com constantes mudanças. É necessário implementar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática em serviços de saúde, de forma confiável, uniforme e objetiva ao longo do tempo (Brasil, 2015a). Não se deve perder o rigor e a segurança que a classificação de risco das famílias oferece, tanto para os usuários como para os profissionais (Coutinho, 2010).

Isso posto, fica evidente a necessidade de implementar ações para capacitação e sensibilização da equipe responsável pela realização do mapeamento. Algumas estratégias podem ser instituídas, dentre elas, a nomeação de um grupo específico para o mapeamento, construção de um cronograma de trabalho, envolvimento das equipes de saúde no processo de trabalho e por fim, a realização de auditoria no cadastramento das famílias de cada território. Entende-se que é possível utilizar os resultados das auditorias para melhoria da gestão dos serviços de saúde e a garantia da efetividade das ações.

Verificou-se que uma porcentagem significativa dos municípios apesar de possibilitarem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões não possuem um mecanismo de avaliação de satisfação destes usuários implantado de forma ativa. A organização e o funcionamento integrado das Ouvidorias do SUS são um importante desafio a ser alcançado pelo Sistema Único de Saúde e uma diretriz para o Departamento de Ouvidoria-Geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que tem investido na disponibilização de ferramentas e instrumentos de auxílio à gestão do SUS (Brasil, 2014).

As ouvidorias em saúde complementam os projetos e implementações dos serviços de saúde ao colocar o usuário como um agente de promoção de saúde no território, propiciando melhor interação do gestor para com a realidade de regiões mais afastadas. No contexto brasileiro, há falta de monitoramento e controle de qualidade dos serviços, bem como ausência de gerenciamento bem-organizado e estruturação inadequada para recebimento dos serviços (Brasil, 2014).

Um dos empecilhos às ouvidorias como sendo o tipo de institucionalização do serviço, uma vez que a participação do usuário é fundamental para que haja articulação entre o serviço e ao cliente. Além disso, tal implementação de ouvidorias em saúde nas microrregiões facilitaria o encaminhamento das demandas populacionais aos gestores de saúde, a fim de resolver ou implementar ações que possam diminuir os agravos de saúde, gerando assim um relaxamento nas filas de referência hospitalares (Machado; Borges, 2017).

O processo de democratização fez com que o cidadão se empenhasse em construir e ser o principal agente de mudança das instituições. Tal comportamento ainda trouxe maior exigência quanto à excelência dos serviços e como estes são conduzidos. Sendo assim, corrobora para que a tomada de decisão sobre os serviços de saúde não seja verticalizada, mas horizontalizada, ou seja, construída democraticamente. A adoção de canais eficazes por meio do qual os usuários consigam expressar demandas e sugestões às equipes traria benefícios para melhoria da rede de referência e contrarreferência da rede (Fernandez, 2021).

A literatura aponta a importância do trânsito de informações permitidas pelo uso do prontuário eletrônico, ferramenta esta que facilita a criação do mapeamento de território. A busca ativa das pessoas que realizam acompanhamento em unidades especializadas também permitiria a atualização dos prontuários e melhor integração da rede de saúde (Coletti Junior *et al.*, 2018; Toledo *et al.*, 2021; Pinto; Santos, 2020).

Os resultados deste estudo sinalizaram para presença do prontuário eletrônico implantado e em vigor nos municípios das duas regiões de saúde. O e- SUS Atenção Primária (e-SUS APS) é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Primária em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população (Brasil, 2018). A qualidade dos dados obtidos e registrados no PEP (prontuário eletrônico do

paciente) favoreceu a aceitação e contínua melhoria da assistência de saúde (Oliveira; Favaretto, 2021).

Vale ressaltar que, de acordo com a literatura, a modalidade eletrônica de prontuário garante que os dados do paciente possam ser compartilhados de forma efetiva e rápida por toda a equipe que atende o paciente, e esse intercâmbio é possível até mesmo em longas distâncias, o que pode também ocorrer nas RAS. Essa ferramenta elimina um problema comum na prática clínica: a ilegibilidade das informações escritas à mão pelos profissionais nos prontuários de papel, fato que pode gerar interpretações errôneas dos dados clínicos e, consequentemente, propedêutica e terapêutica inadequadas para o paciente (Patrício *et al.*, 2011; Lavras, 2011).

Estudos corroboram sobre a praticidade do PEP, uma vez que, estes permitem o anexo de documentos como imagens, vídeos de procedimentos e afins, permitindo o acesso de forma integral de todo acompanhamento especializado realizado em outras unidades (Nunes Júnior *et al.*, 2021). Estudos apontam fatores dificultadores para implantação, dentre eles: o custo de implantação com aquisição e manutenção dos equipamentos de informática, e a necessidade de capacitação dos profissionais (Patrício *et al.*, 2011; Mourão; Neves, 2007). Contudo, verifica-se que os benefícios gerados superam as dificuldades (Nunes Júnior *et al.*, 2021; Patrício *et al.*, 2011).

A transição entre os níveis de complexidade nas RAS de Manhuaçu e Carangola se dá de forma desorganizada, com ausência de fluxogramas que permitam a correta transferência do paciente de uma unidade de saúde à outra, havendo perceptível falha no sistema de referenciamento e contrarreferenciamento, resultando em uma assistência em saúde menos eficaz. A construção de fluxogramas facilitaria o atendimento e referenciamento nos encaminhamentos, logo, permitiria que o sistema se organizasse para melhor recepção do paciente e sua alocação em serviço correto (Ferraz *et al.*, 2023).

O retorno destes usuários à APS não se dá de forma eficaz, piorando o prognóstico pós-alta de serviço especializado. Além disso, os autores percebem que o serviço referenciado tenta promover o usuário como responsável pelo cuidado continuado, uma vez que contrarreferência o mesmo a procurar sua APS de origem. Com o feedback das equipes de atenção básica em relação às avaliações dos especialistas e com o retorno do usuário a sua unidade de saúde local promovida pelo profissional referenciado é possível realizar a continuidade do cuidado (Medeiros *et al.*, 2023).

A atuação da APS se relaciona diretamente com a recorrência de demandas inadequadas aos demais níveis de assistência à saúde. A falha no estabelecimento de vínculo e dificuldade da captação do paciente impedem que o fluxo de direcionamento ocorra de maneira correta, fazendo com que o paciente da UBS se direcione ao serviço de emergência. Sem o encaminhamento ideal, os serviços de urgência e emergência acabam absorvendo demandas inadequadas, gerando assim uma série de problemáticas (Carvalho *et al.*, 2022).

Esta transição entre níveis de atenção à saúde, além de limitações temporais bases de dados e publicações sobre o tema são dificultadores ao fortalecimento das RAS, uma vez que limitam as opções de criação e implementação de protocolos destes serviços (Caixeta *et al.*, 2023). O rompimento da integridade do sistema depende de uma série de fatores, como subfinanciamento, ausência de estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema, barreiras geográficas, mapeamento territorial inadequado e encaminhamento inadequado, são intrinsecamente ligados a como a gerência da saúde no nível municipal realiza suas ações e caracteriza seu território (Viegas *et al.*, 2015; Lima *et al.*, 2015).

A utilização das tecnologias referentes às relações sociais presentes nos processos gerenciais - como o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a responsabilização - pode intervir na produção do cuidado. Essas tecnologias são provenientes das relações humanas com o intuito de satisfazer as necessidades dos usuários e valorizar os envolvidos (trabalhador e usuário de saúde) visando ao fortalecimento da concretização do cuidado (Silva *et al.*, 2019).

Os resultados contribuem para reflexão acerca da necessidade de efetivação de políticas públicas e de estratégias de enfrentamento das dificuldades na implementação integral e eficaz da rede de referência e contrarreferência nos municípios, destacando-se a necessidade real da rede em adotar medidas de auditoria e de integração das redes intermunicipais de saúde a fim de desobstruir os fluxos do sistema.

Todavia, o desuso de critérios de risco para tipificação das áreas sob responsabilidade de cada equipe; o mapeamento potencialmente desatualizado das áreas de abrangência das equipes, a dificuldade em obter retorno dos pacientes assistidos na atenção especializada, a desintegração dos municípios da rede frente ao encaminhamento e contrarreferenciamento das microrregiões analisadas, são desafios no processo de trabalho encontrados neste estudo.

Para haver uma integração entre os municípios das microrregiões de saúde em relação aos serviços de referência e contrarreferência, propõe-se reuniões periódicas entre os

municípios de uma mesma regional; a atualização das informações territoriais em acordo com os critérios de risco; a implementação obrigatória do prontuário eletrônico nas equipes e que tais informações sejam disponíveis a outros serviços da rede, obedecendo a ética em saúde; também se deve incentivar que o serviço de referência comunique à contrarreferência o retorno do usuário para que não haja perdas, garantindo a assistência continuada.

Este estudo revelou que as microrregiões de Manhauçu e Carangola seguem o panorama nacional de um sistema de referência e contrarreferência ainda pouco elaborado, com deficiências em fluxos e orientações na rede. Além disso, demonstrou que existe uma territorialização ineficaz em alguns municípios participantes e a não intercomunicação entre os municípios a fim de estabelecer formas de diminuir os entraves apresentados. A inexistência de um sistema de auditoria em saúde também intensifica o problema, ocasionando uma paralisia frente às novas e crescentes demandas sociais em saúde do mundo contemporâneo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, para haver melhoria no sistema de referência e contrarreferência nas microrregiões de saúde de Manhauçu e de Carangola é necessário que haja um mapeamento dos recursos assistenciais realizados pelos gestores a fim de tornar possível uma assistência em saúde de qualidade em todos os seus níveis e estruturar também os processos organizacionais da rede, tornando possível o diálogo entre as entidades integrantes da rede de atenção à saúde e entre os municípios.

Soma-se a isso a necessidade de que os gestores definam os grupos de trabalho e garantam que seus meios de comunicação favoreçam o intermédio do tráfego de dados dos usuários pela rede de atenção, assegurando que a assistência em saúde seja contínua em toda a sua extensão.

Algumas medidas adotadas por administradores de saúde são a implementação de ferramentas que permitam que o usuário seja referenciado a algum ponto da rede de forma rápida e o agendamento da contrarreferência assim que o paciente retornar de uma internação ou de consultas com especialistas; a adesão a uma gestão colegiada, envolvendo os controladores dos recursos assistenciais e o monitoramento dos recursos entregues aos dirigentes das diversas entidades constituintes da rede de saúde municipal, o que garantiria a

aquisição de insumos de saúde e de tecnologias necessárias para a manutenção dos serviços entregues à população.

Necessita-se também a capacitação dos gestores, medição do território pelas equipes de saúde a fim de determinar os fatores que influenciam a saúde de certa população e análise crítica perante a situações de fluxo cheio nas instituições de saúde, como por exemplo, na pandemia do SARS-CoV-2.

Finalmente, a definição de fluxos, acessos, documentos, interações e requisitos necessários para admissão do usuário em um dos setores que envolvem as redes de atenção à saúde e, conseqüentemente, a referência e contrarreferência das demandas de saúde ajudam o gestor a evitar desconfortos e superlotação nas instituições adstritas, o que facilita o fluxo em rede e permite que haja a remoção de filas de usuários que aguardam uma vaga em algum dos níveis de atenção.

Para melhor dimensionamento da situação das redes de saúde do Brasil e do diagnóstico da implementação das redes de referência e contrarreferência no país, são necessários projetos semelhantes que tracem o perfil das microrregiões e que permitam aos gestores a integração dos setores de saúde.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C.; DE MELO TAVARES, C. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS**. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

BARBOSA MA, MEDEIROS M, PRADO MA, BACHION MM, BRASIL V V. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. **Revista Eletrônica Enfermagem**. 2004; 6(1): 9-15. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/f1_coletiva.pdf. Acesso em: 12 de novembro de 2023.

BRONDANI, Juliana Ebling *et al.* Desafios Da Referência E Contrarreferência Na Atenção Em Saúde Na Perspectiva Dos Trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350>. Acesso em: 13 de outubro de 2023.

Caixeta D. E. S *et al.* Ações de Referência e Contrarreferência para a transição do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 7, p. e12944, 21 jul. 2023.

CALIARI, R. V.; RICARDI, L. M.; MOREIRA, M. R. Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 205–218, 2022.

CALISTRO, Fernando César Ferreira . **Processo de referência e contra referência na Unidade de Saúde Parque Recreio, equipe 35, município de Contagem**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Contagem, 2014.

CARVALHO JUNIOR, F. F. DE. **Ciências da Saúde: desafios, perspectivas e possibilidades** - Volume 4. [s.l.] Editora Científica Digital, 2022.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1274– 1278, out. 2012.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2.^aed.). Hillsdale:Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

COLLETI JUNIOR, J.; ANDRADE, A. B. DE.; CARVALHO, W. B. DE. Avaliação do uso de sistemas de prontuário eletrônico nas unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 3, p. 338–346, jul. 2018.

COUTINHO, A. A. P. **Classificação de risco nos serviços de emergência: uma análise para além da dimensão técnico assistencial**. Tese (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte,2010. 206 p.
Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-8KYQLR>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

DA SILVA SANTOS LARISSA PINHEIRO AMORIM, R. D. S. D. R. I. C. G. E. N. **Demandas Não Referenciadas Aos Serviços De Urgência: A Enfermagem Como Principal Agente De Mudança**. Em: Ciências Da Saúde: Desafios, Perspectivas E Possibilidades - Volume 4. [s.l.] Editora Científica Digital, 2022.

DE, S.; OLIVEIRA, A.; FAVARETTO, F. **Qualidade da Informação do Prontuário Eletrônico do Paciente no Processo de Apoio à Decisão Clínica**. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/28ghp>. Acesso em: 27 de setembro de 2023.

EDIÇÃO, H. 2004-2; SP., S. P. **Integralidade Na Assistência À Saúde: A Organização Das Linhas Do Cuidado**. Disponível em:<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CANCIA%20%C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2023.

FAUL, F., ERDFELDER, E., LANG, A.-G., &BUCHNER, A. A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. **Behavior Research Methods**. 2007.

FERNANDEZ, MICHELLE VIEIRA *et al.* Ouvidoria como instrumento de participação, controle e avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**. v. 31, n. 04. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310403>. Acesso em: 29 de agosto de 2023.

FERRAZ, E. C. *et al.*, O Papel Do Enfermeiro Na Efetivação E Implementação Do Plano De Cuidado Compartilhado Entre Rede De Referência E Contrarreferência. **Revista Saúde Dos Vales**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/rsv/article/view/183>. Acesso em: 27 de setembro de 2023.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 325–338, jan. 2020.

GIOVANELLA, L. **As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em planejamento de saúde na América Latina**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jan/mar. 1991. P.26-44, 2023.

GOMEDI, G.; BOLSONI, L. L. M.; SANTOS, A. de L. Percepção dos usuários do SUS a respeito da referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde. Experiência. **Revista Científica de Extensão**, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 22–39, 2021. DOI:10.5902/2447115168233. Disponível em:<https://periodicos.ufsm.br/experiencia/article/view/68233>. Acesso em: 13 de abril de 2023. HARTZ, Z. M. DE A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. S331–S336, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. L13019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13019.htm. Acesso em: 29 de outubro de 2023.

Lei nº 11.107. Disponível em:https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm. Acesso em: 29 de outubro de 2023.

Lei Ordinária 18036 de 2009 de Minas Gerais MG. Disponível em:<https://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-18036-2009-minas-gerais-dispoe-sobre-a-constituicao-de-consorcios-publicos-no-estado-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 29 de outubro de 2023.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 25, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>. Acesso em: 01 de novembro de 2023.

MACHADO, F. R. DE S.; BORGES, C. F. Análise da componente ouvidoria na implementação da política de participação no SUS no estado do Rio de Janeiro. **Sociologias**, v. 19, n. 44, p. 360–389, jan. 2017.

MANCIA, J. R.; CABRAL, L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 605– 610, set. 2004.

MEDEIROS, L. S. P. Reference and counter-reference system between a specialized center for rehabilitation and primary health care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 11, p. e434101119959, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19959. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19959>. Acesso em: 05 de novembro de 2023.

MELO, D. F. de M. F.; CRISCUOLO, M. B. R. C. R.; VIEGAS, S. M. F. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à saúde de Divinópolis-MG, Brasil: o suporte às decisões da atenção primária. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 4986–4995, 2016. DOI: 10.9789/2175- 5361.2016.v8i4.4986-4995. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4402>. Acesso em: 15 de julho de 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. 1

MOURÃO, A. D.; NEVES, J. T. R. **Impactos da Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente sobre o Trabalho dos Profissionais de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte**. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia SEGET 2007, 2007, Resende. Anais: AEDB, 2007.

MULLER, E. P. L.; CUBAS, M. R.; BASTOS, L. C. Georreferenciamento como instrumento de gestão em unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 978–982, nov. 2010.

NUNES JUNIOR, J.; DA SILVA, D.; MAGNAGNO, O. Análise Comparativa Dos Prontuários Eletrônico E Físico Sobre A Segurança Das Informações. **Fag Journal Of Health (Fjh)**, v. 3, n. 2, p. 177-181, 27 jun. 2021.

OLIVEIRA, D. P. R. **Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas**. 23. Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

PATRÍCIO, C. M. *et al.* O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2002; 7(4): 687-707.

PINTO, L. F.; SANTOS, L. J. DOS. Prontuários eletrônicos na Atenção Primária: gestão de cadastros duplicados e contribuição para estudos epidemiológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1305–1312, abril de 2020

ROCHA, C. V.; FARIA, C. A. P. de. **Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais**. Cadernos Metrópole, [S. l.], n. 11, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8815>. Acesso em: 26 de setembro de 2023.

SANCHES LEONEL, M.; CRUZ, M. S.; LOPES, J. de S.; ROSA, W. V. da S. R. A Gestão na Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem: uma análise dos Projetos Político-Pedagógicos. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 165– 177, 2020. DOI:10.26512/g.s.v11i2.29451. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/29451>. Acesso em: 01 de novembro de 2023.

SILVA, N. V. DE N. DA *et al.* Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 589–602, 2019.

SOUZA, T. H. D. Mapeamento do território e descrição da população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sebastiana de Souza no município de Piraquara - PR. 2016.

TOLEDO, Patrícia Pássaro da Silva *et al.* Prontuário Eletrônico: uma revisão sistemática de implementação sob as diretrizes da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 6, pp. 2131-2140. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39872020>. Acesso em: 12 de novembro de 2023.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. DA. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 100–112, 2015.