



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

MARIANA CARVALHO AMBROSIO
THIAGO DE MATOS PINTO PEREIRA

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DO
DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2022



**MARIANA CARVALHO AMBROSIO
THIAGO DE MATOS PINTO PEREIRA**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DO
DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Luciana Benevides Ferreira

BRASÍLIA

2022

RESUMO

O Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo que auxilia o funcionamento do princípio da integralidade dos pacientes dentro do Sistema Único de Saúde - SUS, devendo ser capaz de interligar os diferentes níveis de atenção à saúde. O sistema de referência e contrarreferência deve ser capaz de ligar as diversas especialidades da área da saúde para atender aos pacientes de forma multidisciplinar, desde a prevenção até a conclusão do tratamento, de forma holística. Trata-se de um estudo qualitativo embasado na descrição e análise das respostas de médicos que atuam no Distrito Federal a respeito dos mecanismos de como este sistema é implementado na prática e a vivência desses profissionais. O estudo foi realizado através de um questionário aplicado virtualmente a esses médicos. Para a interpretação dos dados utilizou-se análise temática embasada nos fundamentos teóricos do SUS. Algumas das dificuldades relatadas pelos participantes foram relacionadas às comunicações e articulações entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Estes entraves foram observados também pela forma em que são obtidas as informações sobre os pacientes. Observou-se, ainda, que este sistema crucial para o bom funcionamento do SUS é mal avaliado pelos médicos em suas práticas diárias, que apresentam queixas sobre seu funcionamento e a demanda por um sistema de informações articulado entre os diferentes níveis de saúde. Dessa forma, recomenda-se propiciar condições e tecnologias para um melhor acesso às informações entre as diversas unidades de serviço à saúde, a fim de garantir uma efetividade entre a integralidade e a continuidade de atenção aos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

Palavras-chave: Referência; Sistema Único de Saúde; Integralidade em Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS	4
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
4	MÉTODO	8
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
	REFERÊNCIAS	16
	APÊNDICES	18
	APÊNDICE A – Modelo do formulário eletrônico com TCLE e questionário	18
	APÊNDICE B – Tabulação dos resultados	23

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde – SUS, produto da reforma sanitária e gravado na constituição em 1988, é regido por princípios e diretrizes que constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro. Seus princípios doutrinários são a universalidade, a integralidade e a equidade; e seus princípios organizativos (diretrizes) são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (MATTA, 2007).

Para a efetivação desses princípios e diretrizes, os serviços da rede pública de saúde distribuem-se em unidades com diferentes níveis de atenção: o primário, o secundário e o terciário. Cada nível de atenção à saúde apresenta arranjos produtivos conformados segundo densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a atenção primária à saúde - APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde (MENDES, 2011).

Neste contexto, o estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência apresenta-se como elemento-chave para a organização das práticas de trabalho. O processo de referência é o encaminhamento do paciente de um ponto da rede de saúde para o atendimento em outro ponto de atenção e a contrarreferência é o processo de encaminhamento do paciente de volta para a unidade de saúde de origem, que geralmente corresponde à atenção primária. Desta forma, este sistema é fundamental para a garantia do acesso a todos os serviços da rede de saúde e garantia de atendimento integral aos usuários do SUS (FRATINI 2008; SERRA, 2010).

A integração entre os níveis de atenção, entretanto, é um desafio contínuo, mesmo em sistemas de saúde consolidados e de alta performance (BATISTA, 2019). A concretização de um “sistemas sem muros”, que elimina as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção - do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores públicos e privado -, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implantação (HARTZ, 2004). Dessa forma, nota-se a importância da realização de estudos que evidenciem o funcionamento do sistema de

referência e contrarreferência na rede de saúde brasileira, a fim de verificar sua aplicabilidade na prática no cenário atual, destacando seus avanços e desafios.

O sistema de referência e contrarreferência, apesar de pouco conhecido pela comunidade, é de extrema importância para o seu funcionamento pleno do SUS, uma vez possibilita o acesso dos pacientes aos diferentes recursos disponíveis no sistema de saúde, tendo em vista que cada nível dispõe de diferentes recursos, densidades tecnológicas e capacidades de atendimento para o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e a reabilitação. Para que o sistema de referência e contrarreferência funcione, é fundamental que os profissionais e os serviços se comuniquem, trocando informações sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo (FRATINI, 2007).

Sem o referenciamento e o contrarreferenciamento, portanto, o SUS não entregaria um dos seus princípios - a integralidade -, uma vez que o conceito de integralidade remete obrigatoriamente o de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ, 2004).

Sendo assim, para que ocorra a efetivação do princípio da integralidade nos serviços do Sistema Único de Saúde, é necessário que se estabeleça uma estratégia de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, propiciando que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados (FRATINI, 2007). Isso pode ser garantido por meio do sistema de referência e contrarreferência, criado justamente para melhorar a atenção global ao paciente. Nota-se a importância desse sistema para o bom funcionamento do SUS uma vez que, através da troca de informações eficaz entre os diferentes níveis de atenção, permite-se a criação de um ambiente favorável à abordagem do paciente como um todo. Já um sistema ineficiente ou inexistente de referência e contrarreferência prejudica o seguimento do indivíduo em suas diferentes necessidades, impede a correlação entre patologias de diferentes áreas da medicina e da saúde como um todo, dificulta a avaliação longitudinal do paciente e prejudica até mesmo a adesão correta

do indivíduo ao seu tratamento. Além disso, aumenta os gastos na saúde, pois cria, entre outras coisas, encaminhamentos desnecessários e repetição de tratamentos já realizados (SANTOS, 2015).

Essa pesquisa, destarte, possibilitará uma análise do funcionamento do sistema de referência e contrarreferência a partir da percepção de médicos que atuam no Distrito Federal, a fim de identificar os critérios utilizados para o seu estabelecimento, as tecnologias e os meios que vinculam as suas informações, a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção e verificar potenciais empecilhos encontrados por estes profissionais para a efetiva integração do sistema de referência e contrarreferência.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral: Analisar os mecanismos de referência e contrarreferência utilizados por médicos que atuam no Distrito Federal.

Objetivos específicos:

- Compreender como se estabelece a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Identificar formulários, tecnologias e meios que vinculam as informações de referência e contrarreferência.
- Identificar os empecilhos para efetiva integração do sistema de referência e contrarreferência.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, garantido na Constituição de 1988, abrangendo os cuidados desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção de saúde (BRASIL, 2019).

O acesso integral (princípio da integralidade) compreende as práticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além da recuperação da saúde. Refere-se ainda à importância da integralidade do indivíduo, considerando os aspectos biopsicossociais, e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2014). O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, à integração dos serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável, a qual responda às necessidades de saúde individual e coletiva, em âmbitos local e regional (HARTZ, 2004).

Considerando-se que os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias; e sabendo-se que atualmente a população brasileira é marcada por uma transição demográfica acelerada expressada por uma situação de tripla carga de doenças (doenças infecciosas e carenciais; causas externas; e doenças crônicas); entende-se que essa situação de saúde não poderá ser resolvida por um sistema fragmentado, reativo, episódico e voltado para condições agudas e agudizações das condições crônicas. Por isso, deve-se restabelecer a coerência entre situação de saúde e o SUS, envolvendo implantação de redes de atenção à saúde - RAS (MENDES, 2011).

A organização do SUS em redes permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada região, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica,

sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (GIOVANELLA, 2008). Pode-se compreender o sistema de saúde e suas RAS a partir de distintas lógicas organizacionais, sendo a engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica, em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido (CHIORO DOS REIS & SCAFF, 1998). Outros modelos tecno-assistenciais em saúde, entretanto, permitem concebê-lo como uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (MENDES, 2001), como, por exemplo, linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos. (FRANCO & MAGALHÃES JUNIOR, 2003). Essa última perspectiva toma como possível constituir o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado. Propõe-se, assim, inverter a lógica dominante nos serviços especializados, modelo hospitalocêntrico, modificando a escassa responsabilidade em relação ao processo saúde-doença, a falta de vínculo com o paciente e as relações burocráticas com os demais serviços (MESQUITA & SILVEIRA, 1996).

A construção de alternativas ao modelo tradicional tem buscado priorizar a atenção básica como estratégia prioritária de reestruturação do sistema. Com isso, as equipes de Saúde da Família estão formalmente definidas como a porta de entrada para o sistema de saúde, exercendo o papel de filtro para o acesso aos demais níveis. Além de porta de entrada, a APS é identificada como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados no interior do sistema de saúde (ALMEIDA, 2013). O processo de referência e contrarreferência é iniciado quando os pacientes dos médicos da família e comunidade se deparam com situações complexas de saúde e necessitam de consultas de especialistas. Idealmente planejado, a solicitação de encaminhamento a um especialista fornece informações básicas do paciente e a contrarreferência para a atenção primária de saúde inclui o diagnóstico e plano de tratamento do médico especialista (SERRA, 2010).

Entretanto, mesmo com base na atenção primária, garantir a integralidade é um problema comum nos países de todo o mundo, justamente pela fragmentação e segmentação do sistema de saúde. Afinal, redes ou sistemas integrados de saúde são considerados mais

efetivos e eficientes quando conectam pacientes e serviços e, para isso, requerem informações interligadas e conhecimento de gestão (MENDES, 2011).

A integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária da Saúde. Teoricamente, integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, mas, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática de seus efeitos (LEATT, 2000).

Nesse sentido, a integração e coordenação da comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde necessitam, também, de um efetivo processo de referenciamento e contrarreferenciamento entre os médicos da família e comunidade e os especialistas dos níveis secundário e terciário (JULIANI, 2017). Para isso é necessário o estabelecimento de sistemas logísticos potentes, com a criação de um cartão de identificação das pessoas usuárias, do prontuário clínico eletrônico, de um sistema de regulação para marcação de consultas e exames especializados e de um sistema de transporte (MENDES, 2012).

Dessa forma, faz-se fulcral a compreensão de como se estabelece a integração dos serviços de saúde, a organização dos fluxos para atenção especializada, a colaboração entre a atenção primária à saúde e a atenção especializada (ALMEIDA, 2013), além de outros fatores associados, como escassez de recursos, incluindo número insuficiente de médicos da família e comunidade e a lacuna de tecnologia, que contribuem para a ineficiência da comunicação de referências (MENDES, 2012).

Para isso, propõe-se, neste estudo, iniciar a busca do entendimento de como esta interação ocorre no cotidiano da atuação do médico, visto que este profissional está envolvido diretamente no estabelecimento das relações que se estabelecem no sistema de referência e contrarreferência dos pacientes nas redes de serviços de saúde.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa que se baseou na descrição e análise dos mecanismos de referência e contrarreferência para construir uma imagem de como esse processo é experimentado na perspectiva de médicos que atuam em serviços de atenção primária e hospitalar. O desenvolvimento da pesquisa envolveu a análise de fontes bibliográficas e documentais e a aplicação de questionários.

4.2 Descrição dos participantes

Médicos que atuam na atenção primária ou na rede hospitalar, no setor público ou privado, do Distrito Federal.

4.3 Tamanho da amostra

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, a definição da amostra se deu por conveniência (a partir da rede de contato dos pesquisadores), seguida pela técnica Snowball (“Bola de Neve”), em que os participantes convidam novos participantes. Foram obtidos 37 questionários respondidos, dos quais dois não foram incluídos por terem sido respondidos por profissionais que não atuam no Distrito Federal.

4.4 Critério de Inclusão

Ser médico e atuar na atenção primária ou na rede hospitalar, no setor público ou privado, do Distrito Federal.

4.5 Critério de Exclusão

Respostas sem conexão com o conteúdo pesquisado.

4.6 Procedimentos com os participantes

O convite para o candidato a participante da pesquisa foi feito por mensagem enviada pelo aplicativo WhatsApp, a partir da rede de contato dos pesquisadores, com um link para acesso ao formulário com o TCLE e com as perguntas do questionário (APÊNDICE 1). O questionário semiestruturado foi elaborado a partir da identificação de aspectos relevantes sobre o tema, buscando identificar: a compreensão dos profissionais sobre o sistema de referência e

contrarreferência, a forma de operacionalização e a existência de elementos que facilitam e/ou dificultam a sua implementação. O questionário é composto de 20 questões, sendo 18 objetivas e 2 questões discursivas.

4.7 Retirada do consentimento para participar da pesquisa

De forma automática, uma cópia do TCLE e do questionário foi enviada para o participante, com os dados da pesquisa e o contato dos pesquisadores, para que o participante pudesse enviar uma mensagem, caso desejasse tirar dúvidas ou retirar a sua participação na pesquisa, o que poderá ser feito a qualquer momento até a finalização da pesquisa. Não houveram solicitações dos participantes para retirar seu consentimento.

4.8 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética do UniCEUB, parecer 4.923.466.

4.9 Metodologia de Análise dos dados

Para a análise dos dados foi realizada uma análise da distribuição de frequência simples, por meio da tabulação organizada das respostas em associação com a análise qualitativa de conteúdo (Bardin, 1977), por meio da pré-análise, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise foi realizado um levantamento de categorias de análise e no segundo momento foi realizada uma inter-relação das respostas dos participantes com o quadro teórico sobre o tema.

4.10 Destino do material obtido/informações após a pesquisa

As informações ficarão guardadas sob a responsabilidade dos pesquisadores com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar qualquer informação que esteja relacionada à privacidade do participante.

4.11 Armazenamento dos dados

Após a coleta de dados, foi feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando o registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

4.12 Instituição/local onde será realizado o estudo

As entrevistas foram realizadas em ambiente virtual.

4.13 Riscos e Benefícios

Riscos: Esta pesquisa apresenta baixo risco aos participantes, por se limitar ao preenchimento de formulário virtual. Os riscos relacionados à quebra de sigilo foram considerados pelos pesquisadores e, para garantir o anonimato, não serão coletados dados pessoais que possibilitem a identificação do participante.

Benefícios: Não haverá benefício direto para o participante. O resultado da pesquisa poderá auxiliar na compreensão sobre o tema e contribuir para o aprimoramento dos sistemas de referência e contrarreferência nos serviços de saúde.

4.14 Desfecho Primário

Busca-se o enriquecimento da tese sobre a contribuição do sistema de referência e contrarreferência para garantia do atendimento integral ao paciente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo obteve 37 formulários preenchidos, porém foram consideradas as respostas dos 35 médicos que atuam no Distrito Federal. Dentre estes, 19 (54,3%) atuam em serviços de saúde da rede pública e da rede privada, oito atuam apenas na rede pública e oito atuam apenas na rede privada. Os profissionais que participaram da pesquisa atuam predominantemente no nível de atenção ambulatorial ou especializada (82,9%).

Quando perguntados sobre a comunicação e articulação entre os serviços de saúde, 82,9% dos médicos o classificaram como “ruim”. Identificaram que não há comunicação entre os médicos de saúde da família e médicos da rede hospitalar (20%) ou que esta ocorre de maneira informal (37,1%). Três participantes da pesquisa não souberam dizer e apenas 12 (34,3%) fizeram menção ao estabelecimento de uma comunicação formal por meio do sistema de referência e contra-referência.

Na opinião da maior parte dos entrevistados (82,8%), os fluxos de encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde funcionam parcialmente ou não funcionam (11,4%). A qualidade do sistema de referência e contrarreferência foi considerada boa por 10 (28,5%) médicos e ruim por 24 (68,7%). Apenas um deles não soube dizer.

Em relação aos pacientes atendidos, 42,8% dos entrevistados relataram que a maior parte de seus pacientes vieram referenciados de outros serviços e metade dos entrevistados (51,4%) disseram que poucos pacientes vêm referenciados de outros serviços. Apenas dois médicos responderam que nenhum dos seus pacientes veem referenciados.

Ao avaliar separadamente o referenciamento dos pacientes, observou-se que 71,4% destes foram, em sua “maior parte”, encaminhados ao especialista correto. Entretanto, apenas 5,7% dos médicos obtêm a informação do prontuário eletrônico e 48,6% por meio do formulário de encaminhamento. No entanto, 47,1% do médicos obtém a informação sobre o caso pelo próprio paciente e 8,5% não recebe informações sobre o motivo do encaminhamento. Dessa forma, infere-se que por mais que a maioria dos pacientes adentrem o nível de atenção especializado de maneira correta, a agilidade da consulta e do atendimento são prejudicados, já que aproximadamente metade destes atendimentos necessitam de investigações mais complexas por falta de informação. Isso ainda é evidenciado quando todos afirmaram sentir

falta, ao menos em parte, de informações sobre o atendimento recebido por seus pacientes em outros serviços.

Quando se trata de encaminhar um paciente para outro serviço, 20,0% dos médicos relataram utilizar um formulário específico para encaminhamento. A maior parte (48,5%) faz o encaminhamento em papel timbrado do serviço e 31,4% relata utilizar diferentes meios de encaminhamento, dependendo da situação. E a maior parte (77,1%) relata registrar, no prontuário do paciente ou em algum outro documento/relatório, as demandas para a continuidade do acompanhamento desse paciente em outros serviços.

A falta de um encaminhamento adequado tem como obstáculo a falta de treinamento sobre o Sistema de referência e a contrarreferência na rede de saúde. Apenas 14,2% dos médicos entrevistados receberam treinamento ou informações sobre o modo de realizar um encaminhamento e contrarreferenciamento.

Quando questionados sobre para qual nível de atenção ocorrem os encaminhamentos, responderam: Para a atenção primária (11,4% - 4); Para a atenção secundária e terciária (37,1% - 13); Para a atenção primária, secundária e terciária (51,4% - 18)

Ao serem questionados as dificuldades para o encaminhamento dos seus pacientes para outros serviços de saúde, pôde agrupar as repostas em cinco categorias: burocracia/logística; especialidades; informação, pacientes e outras.

A primeira delas é relacionada à burocracia e logística. Grande parte das respostas coletadas (48,57%) envolveram burocracia e logística, especialmente a falta de uniformidade no processo de encaminhamento dos pacientes, não havendo, assim, uma rede de comunicação. O sistema de prontuários na rede pública do DF de hospitais e UPAS são diferentes, o que dificulta o acesso aos dados do paciente e, conseqüentemente, gera demora nos atendimentos. Outro fator relacionado à burocracia, que atrapalha o bom fluxo de encaminhamento dos pacientes, é a agenda de marcação. Foi relatado que não há vagas específicas para pacientes vindos da referência, então eles entram no fluxo comum de marcação. E, quando encaminhados, não conseguem ser atendidos devido à falta de acolhimento do encaminhamento, à alta demanda ou falta de vagas suficientes. A queixa comum é a falta de logística entre os serviços para facilitar a comunicação entre os profissionais e otimizar os atendimentos prestados. Um fator relevante, relacionado à logística, é o encaminhamento de pacientes para atendimento em regiões distantes de sua

residência, o que inviabiliza o acesso aos serviços especializados ou a continuidade dos atendimentos nestes serviços para grande parte da população. Foi relatada ainda, a dificuldade do paciente da rede particular em conseguir continuidade do tratamento no serviço público.

Outra dificuldade relatada pelos médicos que participaram do estudo foi a disponibilidade de vagas para atendimento especializado, dificultando o acesso à especialidade a qual o paciente foi enviado. Foi citado que muitas vezes o paciente retorna dizendo que não conseguiu assistência no local de destino.

A falta de informação quanto ao processo de encaminhamento foi um dos pontos citados pelos médicos. Relataram não receber instruções acerca do encaminhamento - não sabem como funciona o sistema de regulação para referenciar e nem como e para quem o fazer. Também foi citada a falta de informação quanto aos papéis que devem ser preenchidos durante o encaminhamento, além da rede limitada de contatos que dificulta o processo.

No que se refere aos pacientes, foi relatado que uma das dificuldades encontradas para o encaminhamento dos pacientes para outros serviços de saúde são os próprios pacientes, que muitas vezes resistem ao encaminhamento por não acreditarem que serão atendidos em outros serviços de saúde, tendo em vista experiências passadas em que chegam ao local e não são atendidos por falta de vaga ou por demora na consulta.

Em apenas 11,42% das demais respostas computadas, foi relatado não encontrar nenhuma dificuldade no encaminhamento, que a contrarreferência quase não existe no DF e que no meio privado não há a necessidade de se fazer encaminhamentos por já haver na estrutura privada uma oferta de atenção.

Ao serem questionados sobre o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento nos serviços de saúde, as respostas que abrangeram a mesma situação problema foram agrupadas, podendo-se identificar os seguintes temas: Logística; Informação e Contingente Médico.

Na grande maioria das respostas (52,94%) foi citada a falta de um sistema único de informação como o principal problema no processo de referência e contrarreferência. Foi sugerido que houvesse um sistema de informação integrado e único, que fosse online e pudesse ser acessado em todos os níveis de atenção na rede pública do Distrito Federal, estabelecendo assim uma rede de comunicação onde as informações pudessem ser compartilhadas.

Ainda que exista uma má avaliação do sistema de referência e contrarreferência, a maior parte dos entrevistados (85,7%) afirma que a melhoria do sistema ajuda na garantia da integralidade da assistência ao paciente.

Parte dos médicos questionados (20,58%) responderam que, para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento, é preciso investir em informação. Foram sugeridos treinamentos e capacitações para todos os níveis de atenção sobre o processo de referência e contrarreferência e sobre o SUS de maneira geral, além de fornecer esse conhecimento também para a população.

Em 8,82% das respostas, foi sugerido o aumento do número de médicos, principalmente especialistas, feito através de treinamento e contratação de profissionais.

Também foram sugeridas mudanças gerais no sistema, entre elas a obrigatoriedade de relatórios de transferência mais completos, a presença de serviços de referência estabelecidos, a regulação total do processo de referência e contrarreferência e a prioridade de atendimento do paciente referenciado de um serviço a outro.

Em algumas respostas, foi citado que “no momento, nem ao menos existe” referenciamento e contrarreferenciamento no sistema de saúde. Ainda assim, a maior parcela dos médicos questionados (85,7%), acreditam que a melhoria do sistema de referência e contrarreferência auxilia a integralidade dos pacientes no Sistema Único de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos mecanismos do sistema de referência e contrarreferência permite a compreensão da forma como se estabelece a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde e a identificação dos empecilhos presentes nesse complexo processo.

O questionário aplicado neste estudo permitiu coletar informações de médicos que atuam no Distrito Federal, gerando indícios de que a articulação e a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção apresentam-se deficientes. Ficou evidenciado, a partir dos dados coletados, que o sistema de referência e contrarreferência é incipiente devido à baixa comunicação formal (por meio de um formulário específico de encaminhamento ou o próprio sistema).

Ficou evidente a fragmentação das informações e a falta informações prévias sobre o paciente que chega encaminhado de outro serviço. A falta de um sistema único de informação, devido à utilização de sistemas de prontuário eletrônicos diversificados utilizados dentro da própria rede pública de serviços, além da falta de comunicação entre serviços público se privados, apresentam-se como grandes empecilhos para efetiva integração do sistema de referência e contrarreferência.

Pondera-se a eminente necessidade de novos estudos em relação às orientações e ensino aos profissionais da área médica a respeito do sistema de referência e contrarreferência na prática e como realizá-lo de forma correta, visto que menos de 15% dos médicos entrevistados afirmaram terem obtido treinamento ou informações de como proceder da melhor maneira possível o paciente no sistema. Em vista disso, treinamentos para os profissionais de saúde aparecem como uma importante alternativa para o reestabelecimentos dos fluxos de encaminhamento dos pacientes entre os diferentes serviços.

Por fim, enfatiza-se que o alcance do princípio da integralidade demandará esforços para além da disponibilização de serviços de saúde de atenção primária e especializada, mas da formação de uma rede, interligada e conectada, que identifique demandas dos pacientes e as possibilidades de atendê-las de forma efetiva, garantindo a qualidade e a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em debate*, v. 37, p. 400-415, 2013.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977
- BATISTA, Sandro Rodrigues et al. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2043-2052, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona*. 2019.
- CHIORO DOS REIS, A. A. & SCAFF, A. J. M. *Saúde e Cidadania*. Santos: Consaúde; 1998.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FRATINI, Juciane Rosa Gaio. *Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde*. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de mestrado profissionalizante em saúde e gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. 2007.
- FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, cuidado e saúde*, v.7, n. 1, p. 065-072, 2008.
- GIOVANELLA, Lígia. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz. 2008.
- HARTZ, Zulmira M.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. 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.
- JULIANI, Carmen; MACPHEE, Maura; SPIRI, Wilza. Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process. In: *Healthcare*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2017.
- LEATT, Peggy; PINK, George H.; GUERRIERE, Michael. Towards a Canadian model of integrated healthcare. *HealthcarePapers*, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.
- MATTA, Gustavo Corrêa et al. *Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde*.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, E. V. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MESQUITA, A. S. & SILVEIRA, L. T. A Clínica a Favor dos Sujeitos: especialidades, hard core do SUS. Santos: Página Aberta, 1996.

SANTOS, Miguel de Castro. Sistema de Referência - Contrarreferência em Saúde em São Sebastião da Vitória, Distrito de São João Del Rei - MG: O Papel da Rede na Atenção Básica. 2015

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. 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. 3579-3588, 2010.

1. APÊNDICES

2. APÊNDICE A – Modelo do formulário eletrônico com TCLE e questionário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM SAÚDE: A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL, desenvolvido por pesquisadores do UniCEUB. O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visa assegurar seus direitos como participante.

Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo.

A pesquisa tem como objetivo analisar os mecanismos de referência e contrarreferência utilizados por médicos que atuam no Distrito Federal e compreender como se estabelece a comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Sua participação consiste em responder o questionário com 20 questões sobre este tema.

Este estudo apresenta baixo risco aos participantes, por se limitar ao preenchimento de formulário virtual. Os riscos relacionados à quebra de sigilo foram considerados pelos pesquisadores e, para garantir o anonimato, não serão coletados dados pessoais que possibilitem a identificação do participante.

Com sua participação nesta pesquisa você poderá auxiliar na compreensão sobre o tema e contribuir para o aprimoramento dos sistemas de referência e contrarreferência nos serviços de saúde.

Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Os dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. Os dados coletados ficarão guardados sob a responsabilidade dos pesquisadores com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo. Não haverá coleta de dados pessoais e não haverá exposição de qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma dúvida referente aos objetivos, procedimentos e métodos utilizados nesta pesquisa, entre em contato com os pesquisadores. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (CEP-UniCEUB), que aprovou esta pesquisa, pelo

telefone 3966-1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br . Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Pesquisadores:

Luciana Benevides Ferreira

Instituição: Centro Universitário de Brasília – UniCEUB

Telefone: (61) 99970-0308

E-mail: luciana.benevides@ceub.edu.br

Mariana Carvalho Ambrósio

Telefone: (61) 98133-4644

E-mail: mariana.ambrosio@sempreceub.com

Thiago de Matos Pinto Pereira

Telefone: (61) 99937-7009

E-mail: thiago.mppereira@sempreceub.com

Concordo em participar da pesquisa:

sim não

QUESTIONÁRIO

Qual o seu local de atuação?

Distrito Federal

Outros estados

A instituição/clínica em que você trabalha é:

Pública

Privada

Pública e Privada

Em que nível de atenção à saúde você atua?

Atenção primária

Atenção especializada (ambulatorial e hospitalar)

Atenção primária e especializada

Como você percebe a articulação e a comunicação entre os serviços de saúde?

Boa

Ruim

Não conheço

Como você percebe que se estabelece a comunicação entre os médicos de saúde da família e médicos da rede hospitalar?

De maneira informal / Rede pessoal de contatos

De maneira formal / sistema de referência e contrarreferência

Não há comunicação

Não sei dizer

Na sua opinião, os fluxos de encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde funcionam?

- Sim
- Não
- Em parte

Classifique o sistema de referência e contrarreferência quanto a sua qualidade.

- Muito bom
- Bom
- Ruim
- Não sei dizer
- Não conheço o sistema de referência e contrarreferência de pacientes

Em relação aos pacientes atendidos por você, quantos vieram referenciados de outros serviços?

- A maior parte
- Poucos
- Nenhum
- Não tenho conhecimento

Dos pacientes que vêm referenciados para você, em que parte a indicação (da demanda ou da especialidade) está correta?

- Todos
- A maior parte
- Poucos
- Nenhum
- Não tenho conhecimento

Em relação aos pacientes que chegam indevidamente encaminhados para você, qual a sua conduta?

- Informa ao paciente não ele está no serviço correto
- Solicita que o paciente retome ao serviço de origem para um novo encaminhamento
- Faz o atendimento e realiza um novo encaminhamento
- Esta situação nunca ocorreu

Quando você atende um paciente referenciado ao seu serviço, como você obtém as informações sobre o motivo do encaminhamento?

- Pelo próprio paciente
- Pelo prontuário eletrônico
- Pelo formulário de encaminhamento
- Não recebo informações sobre o motivo do encaminhamento

Quando você atende um paciente referenciado por outros serviços de saúde, você tem acesso ao formulário de referência ou às informações enviadas pelo médico que encaminhou o paciente?

- Sempre
- Às vezes
- Nunca

Você sente falta de informações sobre o atendimento recebido por seus pacientes em outros serviços?

- Sim
- Não
- Em parte

Quando você encaminha um paciente para outro serviço, você, na maior parte das vezes:

- utiliza um formulário específico para encaminhamento
- faz o encaminhamento em papel timbrado do serviço
- utiliza diferentes meios de encaminhamento, dependendo da situação
- Não sei dizer

Você registra no prontuário do paciente ou em algum outro documento/relatório as demandas para a continuidade do acompanhamento desse paciente em outros serviços?

- Sim, sempre
- Às vezes
- Não, nunca

Como você adquiriu informações sobre o modo de fazer a referência e a contrarreferência na rede de saúde?

- Aprendi na prática
- Recebi treinamento / informações
- Não tenho conhecimento sobre o sistema de referência e contrarreferência de pacientes

De uma maneira geral, quando necessário, você encaminha seus pacientes para serviços de que nível de atenção à saúde?

- Para atenção primária
- Para atenção secundária e terciária
- Para atenção primária, secundária e terciária
- Não realizo encaminhamentos
- não sei dizer

Você acha que a melhoria do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde ajuda na garantia da integralidade da assistência ao paciente?

- Sim
- Não
- Em parte
- Não sei

Quais as dificuldades para o encaminhamento dos seus pacientes para outros serviços de saúde?

Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento nos serviços de saúde?

3. APÊNDICE B – Tabulação dos resultados

1. Qual o seu local de atuação?

- DF (94,6% - 35)

2. A instituição/clínica em que você trabalha?

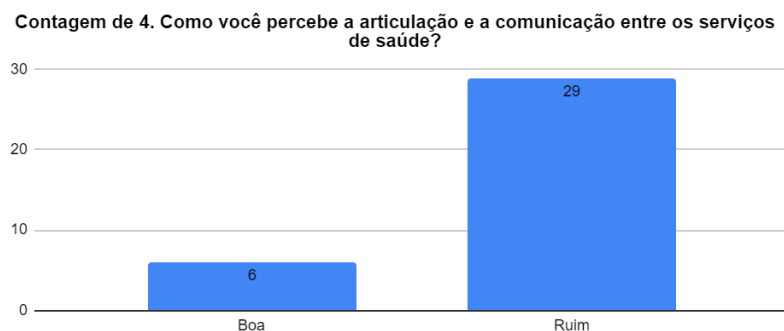
- Pública (22,9% - 8)
- Privada (22,9% - 8)
- Pública e privada (54,3% - 19)

3. Em que nível de atenção à saúde você atua?

- Atenção primária (11,4% - 4)
- Atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) (82,9% - 29)
- Atenção primária e especializada (5,7% - 2)

4. Como você percebe a articulação e a comunicação entre os serviços de saúde?

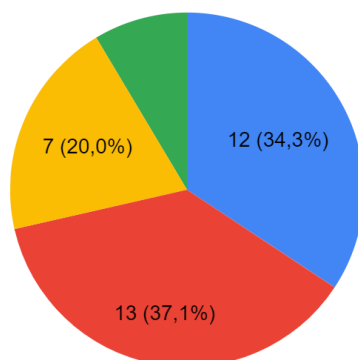
- Ruim (82,8% - 29)
- Boa (17,1% - 6)



5. Como você percebe que se estabelece a comunicação entre os médicos de saúde da família e médicos da rede hospitalar?

- De maneira informal / Rede pessoal de contatos (37,1% - 13)
- De maneira formal / sistema de referência e contrarreferência (34,3% - 12)
- Não há comunicação (20% - 7)
- Não sei dizer (8,6% - 3)

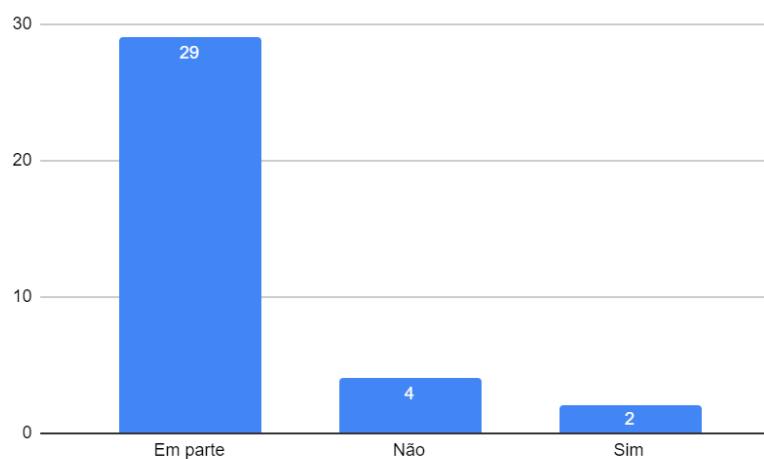
Contagem de 5. Como você percebe que se estabelece a comunicação entre os médicos de saúde da família e médicos da rede hospitalar?



6. Na sua opinião, os fluxos de encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde funcionam?

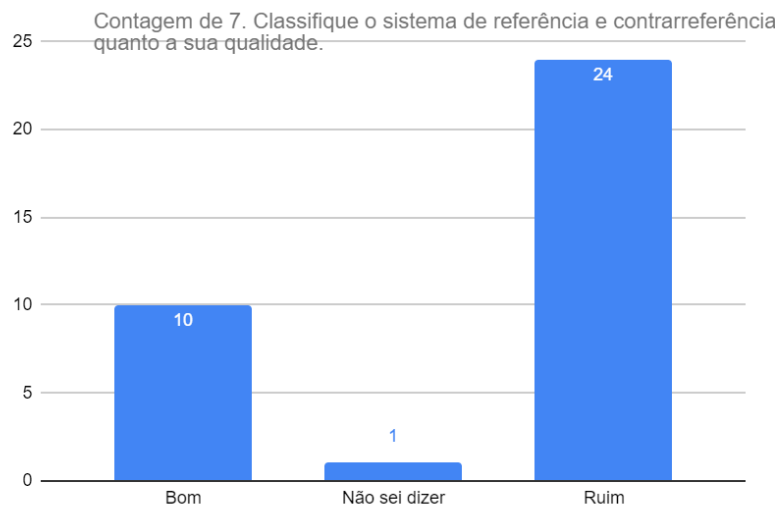
- Sim (5,7% - 2)
- Não (11,4% - 4)
- Em parte (82,8% - 29)

Contagem de 6. Na sua opinião, os fluxos de encaminhamento de pacientes entre os serviços de saúde funcionam?



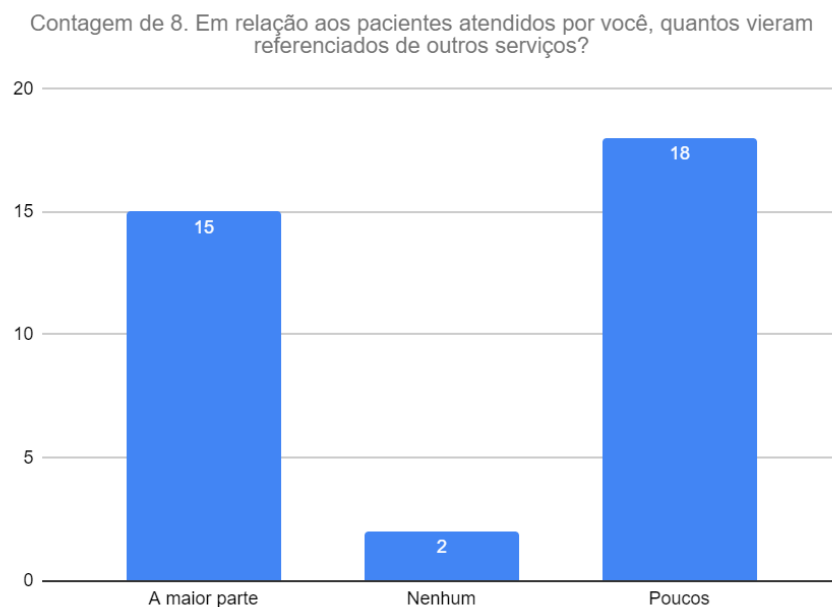
7. Classifique o sistema de referência e contrarreferência quanto a sua qualidade.

- Muito bom
- Bom (28,5% - 10)
- Ruim (68,7% - 24)
- Não sei dizer (2,8% - 1)
- Não conheço o sistema de referência e contrarreferência de pacientes (0)



8. Em relação aos pacientes atendidos por você, quantos vieram referenciados de outros serviços?

- A maior parte (42,8% - 15)
- Poucos (51,4% - 18)
- Nenhum (5,7% - 2)
- Não tenho conhecimento

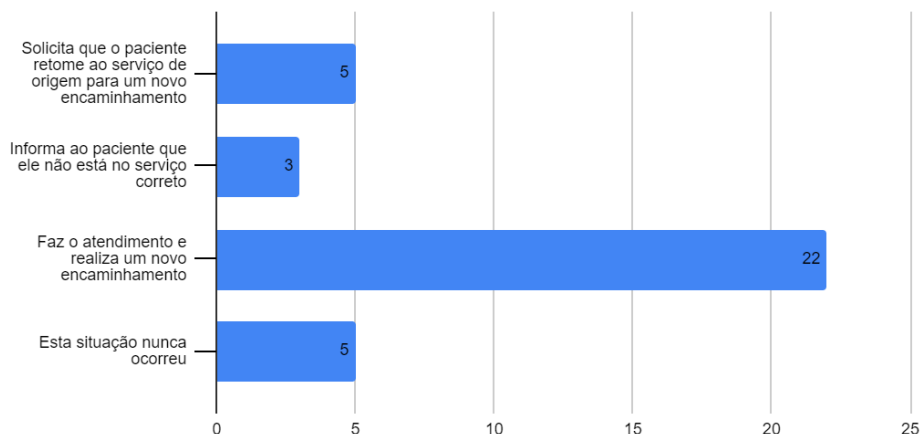


9. Dos pacientes que vêm referenciados para você, em que parte a indicação (da demanda ou da especialidade) está correta?

- Todos (2,8% - 1)
- A maior parte (71,4% - 25)
- Poucos (14,2% - 5)
- Nenhum (2,8% - 1)
- Não tenho conhecimento (8,5% - 3)

10. Em relação aos pacientes que chegam indevidamente encaminhados para você, qual a sua conduta?

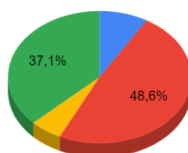
- Informa ao paciente que ele não está no serviço correto (8,5% - 3)
- Solicita que o paciente retorne ao serviço de origem para um novo encaminhamento (14,2% - 5)
- Faz o atendimento e realiza um novo encaminhamento (62,8% - 22)
- Esta situação nunca ocorreu (14,2% - 5)



11. Quando você atende um paciente referenciado ao seu serviço, como você obtém as informações sobre o motivo do encaminhamento?

- Pelo próprio paciente (47,1% - 13)
- Pelo prontuário eletrônico (5,7% - 2)
- Pelo formulário de encaminhamento (48,6% - 17)
- Não recebo informações sobre o motivo do encaminhamento (8,5% - 3)

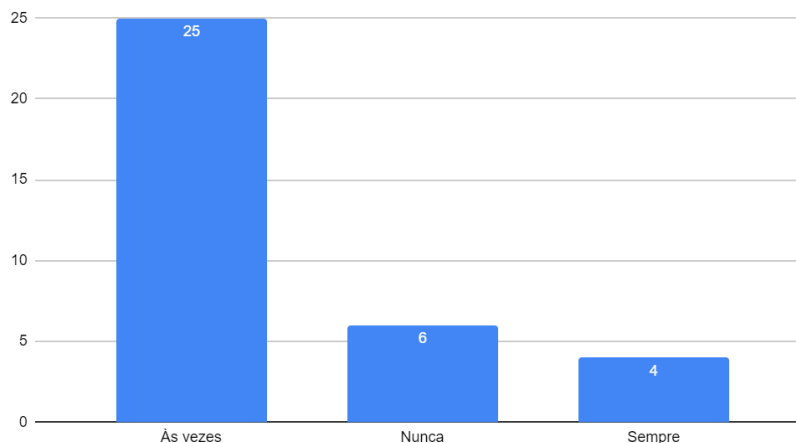
Contagem de 11. Quando você atende um paciente referenciado ao seu serviço, como você obtém as informações sobre o motivo do encaminhamento?



12. Quando você atende um paciente referenciado por outros serviços de saúde, você tem acesso ao formulário de referência ou às informações enviadas pelo médico que encaminhou o paciente?

- Sempre (11,4% - 4)
- Às vezes (71,4% - 25)
- Nunca (17,1% - 6)

Contagem de 12. Quando você atende um paciente referenciado por outros serviços de saúde, você tem acesso ao formulário de referência ou às informações enviadas pelo médico que encaminhou o paciente?



13. Você sente falta de informações sobre o atendimento recebido por seus pacientes em outros serviços?

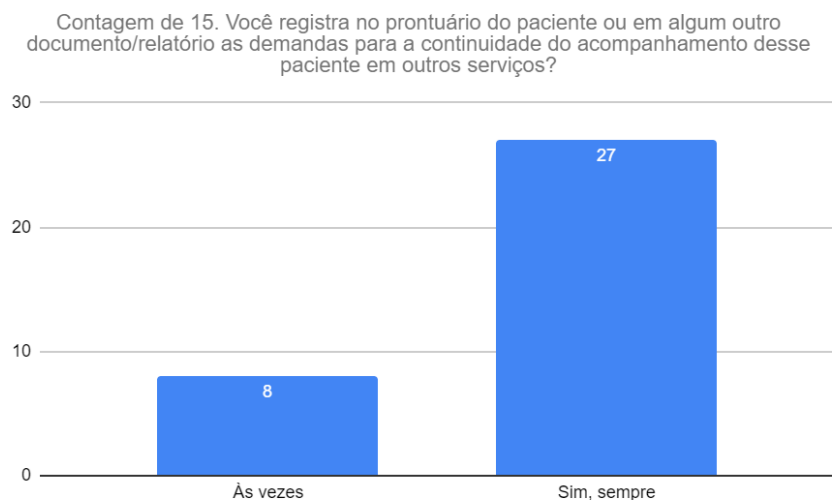
- Sim (77,1% - 27)
- Não (0)
- Em parte (22,8% - 8)

14. Quando você encaminha um paciente para outro serviço, você, na maior parte das vezes:

- utiliza um formulário específico para encaminhamento (20,0% - 7)
- faz o encaminhamento em papel timbrado do serviço (48,5% - 17)
- utiliza diferentes meios de encaminhamento, dependendo da situação (31,4% - 11)
- Não sei dizer (0)

15. Você registra no prontuário do paciente ou em algum outro documento/relatório as demandas para a continuidade do acompanhamento desse paciente em outros serviços?

- Sim, sempre (77,1% - 27)
- Às vezes (22,8% - 8)
- Não, nunca (0)



16. Como você adquiriu informações sobre o modo de fazer a referência e a contrarreferência na rede de saúde?

- Aprendi na prática (80% - 28)
- Recebi treinamento/informações (14,2% - 5)
- Não tenho conhecimento sobre o sistema de referência e contrarreferência de pacientes (5,7% - 2)

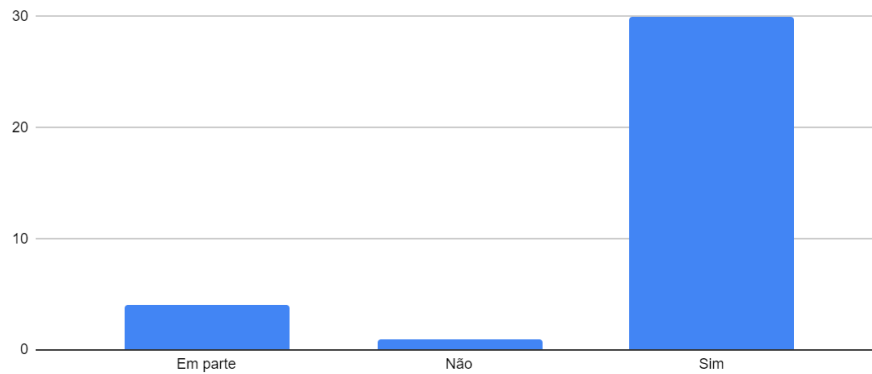
17. De uma maneira geral, quando necessário, você encaminha seus pacientes para serviços de que nível de atenção à saúde?

- Para a atenção primária (11,4% - 4)
- Para a atenção secundária e terciária (37,1% - 13)
- Para a atenção primária, secundária e terciária (51,4% - 18)
- Não realizo encaminhamentos (0)
- Não sei dizer (0)

18. Você acha que a melhoria do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde ajuda na garantia da integralidade da assistência ao paciente?

- Sim (85,7% - 30)
- Não (2,8% - 1)
- Em parte (11,4% - 4)
- Não sei (0)

Contagem de 18. Você acha que a melhoria do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde ajuda na garantia da integralidade da assistência ao paciente?



19. Quais as dificuldades para o encaminhamento dos seus pacientes para outros serviços de saúde?

- A resistência dos pacientes
- O paciente aceitar o encaminhamento.
- Dificuldades burocráticas integralização.
- Prontuário e dados do Paciente. Na rede pública do DF hospitais e upas tem sistema de prontuários diferentes de forma que você não consegue acessar os dados do paciente. Mesma questão para hospitais privados de instituições diferentes.
- Dificuldade de acesso, demora ao atendimento.
- Não existe fluxo. Quando existe, não há vaga. Não é informado ao médico como fazer, para quem fazer, onde o paciente deve ir. Logo não tem como repassar uma informação que não temos.
- Falta de informações acerca do encaminhamento, dificuldade de atendimento do paciente para os serviços os quais o paciente é encaminhado.
- Não há uma uniformidade entre as regionais de quem é responsável por receber e direcionar os encaminhamentos. Vejo que contra referenciamos pacientes para regionais de Geriatria e alguns são acolhidos, outros não.
- Não há vagas específicas para que esse paciente vindo da referência, ou seja, entra no fluxo comum de marcação.
- Dificuldade do paciente particular conseguir encaminhamento para continuidade do tratamento no serviço público. É um direito do paciente.
- A especialidade aceitar o encaminhamento.
- A contrarreferência quase não existe no DF.
- Nenhuma.
- Restrição de aceitação do serviço para onde estou encaminhando; restrição de serviços aptos a resolver o tipo de demanda.
- Não sei, eu sou da atenção terciária.
- Falta boa logística entre os serviços.
- .

- Dificuldade no acesso.
- A demora no atendimento em serviço especializado pela rede pública.
- Acesso.
- Saber como funciona o sistema de regulação para referenciar.
- Falta de informação quanto aos formulários e papéis a serem preenchidos.
- Não há, via de regra, uma rede de comunicação
- Contingente médico.
- Os locais que deveriam atendê-los mandam embora sem ao menos avaliar.
- Agenda de marcação, muitas vezes o paciente é encaminhado e nem mesmo consegue o atendimento devido à alta demanda ou falta de atendimento suficiente.
- 1) Encaminhamento ser aceito 2) rapidez no atendimento / marcação
- Nenhum.
- É bom especificar que no meio privado, grande parte dos pacientes faz acompanhamento ambulatorial em serviços de grande complexidade que possuem (já em sua estrutura) a oferta de atenção secundária/terciária, não havendo muita inserção da referência/contrarreferência.
- Grande demanda.
- Falta de protocolos de atendimentos entre chefias dos serviços.
- Muitas vezes o paciente retorna dizendo que não conseguiu a assistência no local do destino.
- O modelo de encaminhamento atual no SUS para a grande maioria das especialidades é via SISREG. A orientação é que tenho é que encaminhamentos da atenção secundária para atenção secundária deve ser via SISREG, o que na maioria das especialidades faz com que o paciente mesmo não residindo na regional do meu atendimento, seja encaminhado para outros especialistas na minha regional e não na de origem (por uma limitação do SISREG), fazendo com que o paciente tenha dificuldade de continuar os atendimentos quando reside longe.
- Temos grande dificuldade de “devolver” pacientes encaminhados de maneira errada para a atenção primária, pois após o encaminhamento, o paciente não consegue acesso fácil a atenção primária principalmente. É muito raro recebermos relatórios de contra-referência.
- Dificuldade na contratransferência de volta para a atenção básica. Paciente refere que na atenção básica não tem médico e etc.
- Longas filas de espera e pacientes muitas vezes do entorno do DF que não são contemplados em algumas especialidades (Onco, Geriatria) e ficam sem atendimento por não possuir meios de locomoção até Goiânia.
- Acreditar que eles serão atendidos em outros serviços de saúde. Muitas vezes chegam lá e não tem vaga ou a consulta demora, trazendo prejuízos ao paciente.
- Rede de contatos limitada.

20. Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do referenciamento e contrarreferenciamento nos serviços de saúde?

- Os profissionais da saúde que trabalham em serviço público deveriam conhecer melhor o SUS e a rede de referência e contrarreferência.
- Os pacientes serem, de fato, vinculados à atenção básica e os médicos terem o mínimo de conhecimento do SUS e dos processos de referência e contrarreferência.
- Integralização do sistema pela informatização.
- Na rede pública um mesmo prontuário eletrônico para todas as instituições e formas de encaminhar casos graves de forma mais rápida para que o paciente possa ter acesso rápido ao tratamento.
- Mesma ideia para privado.
- Sistema único de informação.
- Orientar a população.
- No momento nem ao menos existe.
- Prontuário eletrônico único, tanto particular quanto privado.
- Aproveitamento de sistemas vigentes (como SISLEITOS) para uniformizar referências e contra referências entre unidades e regiões. Tal sistema unificado poderia vencer a barreira de comunicação entre diferentes unidades com sistemas operacionais (AGHU, MVPEP, TRAKCARE) diferentes.
- Um sistema único de prontuário médico que pode ser acessado em qualquer nível.
- Mudar todo o sistema. Não depende só de um papel preenchido, depende da acessibilidade, da boa vontade dos funcionários públicos, da enorme fila que quem, da equidade, da demora do atendimento, da disponibilidade de um profissional adequado, de inúmeros fatores.
- Educação ao médico quanto à contrarreferência.
- Prontuário eletrônico único.
- Obrigatoriedade de relatórios de transferência mais completos, estruturação dos serviços secundários e conscientização dos médicos sobre a necessidade de encaminhamento para serviços terciários.
- Ser encaminhado pelo sistema porque ficaria tudo na digital na base de dados do paciente e não precisaríamos da “versão” do paciente.
- Um sistema online que facilite.
- Ter serviços de referência estabelecidos.
- Sistema de informações integrado.
- Padronização, prontuários completos e acessíveis.
- Ter um sistema único para facilitar os passos que devem ser feitos no referenciamento.
- Maior transparência na maneira de encaminhar o paciente e como essa referência deve ser feita.
- Estabelecer-se uma rede de comunicação onde as informações fossem compartilhadas.

- Regulação total.
- Aumento do número de profissionais a sobrecarga faz com que não atendam todos os pacientes que chegam ao PS.
- Aumento do número de médicos, principalmente especialistas, com atendimento ambulatorial.
- 1) Treinamento de pessoal 2) Contratação de pessoal 3) Clareza nas regionalizações.
- Maior abrangência da atenção primária, sendo necessário maior investimento monetário e de capacitação profissional.
- Contratação de mais profissionais.
- Protocolos de transferência e treinamento de equipes.
- Padronizar as fichas de encaminhamento, disponibilizar melhor as informações clínicas do paciente e se possível, termos acesso à entrada ou não do paciente em outro serviço e caso ele não tenha conseguido, saber o por quê. Às vezes não sabemos se o paciente realmente não conseguiu ser atendido ou se não tentou porque gostaria de permanecer no nosso serviço.
- Investir em treinamento em referenciamento e contrarreferenciamento em todos os níveis de atenção e em auditorias nos serviços para fiscalizar a adequada execução desses processos.
- Rede única de dados de paciente (se paciente esteve internado na UPA você não tem acesso, não tem acesso aos atendimentos na atenção básica). Melhorar as vias de comunicação entre os diferentes níveis de atenção.
- Unificação de prontuário na rede pública do DF - TrakCare, MV e AGHU.
- Ao sair de um serviço referenciado a outro deveria ter prioridade de atendimento.
- Melhorar os sistemas digitais, prontuário eletrônico integrado.