

**Universidade de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Saúde Coletiva**  
**Curso de Graduação em Saúde Coletiva**

**REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO SUS:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

**PAULA LACERDA CAIXETA RAMOS**

**BRASÍLIA - DF**

**2018**

**PAULA LACERDA CAIXETA RAMOS**

**REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO SUS:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Denise de Lima Costa Furlanetto

**BRASÍLIA - DF**

**2018**

PAULA LACERDA CAIXETA RAMOS

**REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO SUS:  
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Rafael Santos Santana

Universidade de Brasília/FS/Departamento de Farmácia

---

Profa. Dra. Claudia Mara Pedrosa

Universidade de Brasília/FS/Departamento de Saúde Coletiva

---

Prof. Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto

Universidade de Brasília/FS/Departamento de Saúde Coletiva (Orientadora)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, que durante esta longa jornada acadêmica me concedeu saúde, coragem, força e fé para superar as dificuldades, permitindo que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, meus irmãos, e a toda a minha família, pelo incentivo, cuidado e apoio que foram essenciais para que eu conseguisse alcançar esta etapa tão importante para a minha vida.

A minha avó, Floricena Maria Caixeta, falecida em setembro de 2017, por tudo que me ensinou, por nunca me deixar desistir, sempre com palavras de incentivo, força, e consolo. Infelizmente ela não pôde estar aqui para presenciar a concretização deste sonho, mas sigo em frente com a certeza de que junto à Deus, Ela intercede por mim, para que eu alcance o sucesso nesta nova jornada.

Aos meus amigos que direta ou indiretamente participaram da minha formação.

A esta universidade, e todo o seu corpo docente, que contribuíram tanto para minha formação. Especialmente à professora Dra. Denise de Lima Costa Furlanetto, minha orientadora, pelos seus ensinamentos, paciência e confiança. Aos professores participantes da banca examinadora pela disponibilidade de participar deste momento tão importante, professor Dr. Rafael Santos Santana e Professora. Dra. Claudia Mara Pedrosa.

Muito Obrigada!

## RESUMO

A integralidade da atenção em saúde é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preconiza o atendimento integral do usuário do sistema, de modo que todas as necessidades em saúde sejam atendidas. Requer para tal, a organização e continuidade do cuidado e um olhar para o sujeito como um todo, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental. Uma das nuances deste princípio é o bom funcionamento do sistema de referência e contra-referência, de modo que a Rede de Atenção em Saúde seja efetiva. Este trabalho teve como objetivo identificar a produção científica referente ao fluxo de Referência e Contra-referência e seus reflexos para o funcionamento efetivo do SUS. Para a elaboração do trabalho foi desenvolvida uma revisão bibliográfica integrativa com busca nas bases de dados SciELO, Lilacs e BVS, onde foram encontrados 96 artigos no total, com inclusão de 8 artigos para compor o estudo, a partir dos critérios de inclusão, de serem artigos disponíveis na íntegra, em português, nos últimos 10 anos. Os resultados apontaram lacunas em relação às condições funcionais indispensáveis ao bom funcionamento do Sistema de Referência e Contra-Referência entre os níveis de atenção à saúde. O Sistema de Referência e Contra-Referência em todos os artigos foi descrito como um sistema ineficiente, e assim, sobrecarregando os níveis de atenção à saúde, o que pode resultar em um agravamento das condições de saúde dos usuários e prejudicando sua qualidade de vida. A partir da revisão dos artigos foi possível concluir que é preciso avançar muito no que diz respeito à organização dos serviços de saúde. O sistema de referência e contrarreferência, quando tem um bom nível de efetividade, atende aos propósitos do princípio da integralidade da atenção e reforça a resolubilidade, pois proporciona ao paciente um tratamento contínuo, até a resolução do problema, independentemente de sua complexidade.

**Palavras-chave:** Referência; Contra-referência; Sistema Único de Saúde; Integralidade.

## ABSTRACT

The integrality of health care, one of the principles of the Unified Health System, advocates the integral care of the system user, so that all health needs are met. It requires for that the organization and continuity of care and perception as a whole, considering the historical, social, political, family and environmental context. One of the nuances of this principle is the proper functioning of the reference and counter-referral system, so that the Health Care Network is effective. The objective of this work was to identify the scientific production referring to the flow of Reference and Contra-reference for the effective functioning of UHS. For the elaboration of the work an integrative bibliographical review was developed with search in the databases SciELO, Lilacs and BVS, where 96 articles were found in total, with inclusion of 8 articles to compose the study, according to the inclusion criteria of being articles available in full in Portuguese in the last 10 years, período from 2008 to 2018. The results pointed out to gaps related to the functional conditions indispensable for the proper framework of the Reference and Counter-Referral System among the levels of health care. The Reference and Counter-Referral System in all articles was described as an inefficient system, and thus, burdening the levels of health care, which can result in a worsening of the users' health conditions and impairing their quality of life. From the review of the articles it was possible to conclude that much progress needs to be made regarding the organization of health services. The system of reference and counter-referencing, when it has a good level of effectiveness, fits the principle of integrality of attention and reinforces the resolubility, as it provides the patient with a continuous treatment until the problem is solved, regardless of its complexity.

**Keywords:** Reference; Counter-reference; Health Unic System; Integrality.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Amparado por um conceito ampliado de saúde, ele foi criado na Constituição Federal Brasileira em 1988 (Brasil, 2000), para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros à época. O SUS abrange desde a promoção da saúde até as atividades com maior complexidade, como o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal para toda a população do país (Brasil, 2000).

O Sistema Único de Saúde pode ser entendido como um núcleo único, que concentra os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, como forma de organização e operacionalização, e princípios organizativos, representados pela regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado (Menicucci, 2009).

O princípio da integralidade se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. Essas ações não devem ser divididas e isoladas, e sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que se cada pessoa é um todo e é integrante de uma comunidade, essas ações também não podem ser fracionadas. Logo, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos níveis de complexidade, devem possuir um sistema capaz de prestar assistência integral (Teixeira *et al*, 2013). Para atender a todas as necessidades em saúde da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade (Pinheiro, 2017).

A **Integralidade** permite a percepção do todo do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental. A atenção integral é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, e por esse motivo há a necessidade de articulação entre a equipe multiprofissional, pois cada paciente possui uma singularidade (ABC do SUS, 1990).

**Regionalização e hierarquização** são princípios organizativos. O primeiro se refere ao fato de que os serviços devem estar organizados em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. O segundo ao acesso da população. O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa complexidade (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatorios de especialidades) e alta (hospitais



terciários). Pacientes de alta complexidade atendidos em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários podem ser referenciados para hospitais de alta complexidade. Após ter sua necessidade atendida, o paciente é reencaminhado para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento (ABC do SUS, 1990).

Para assegurar estes princípios, são instituídas as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

## **1.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)**

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas, segundo a Portaria GM nº 4.279/20101 (Brasil, 2010) que as instituiu no SUS, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. As RAS têm como objetivo possibilitar a integração de ações e serviços de saúde para proporcionar uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2015).

As RAS são espaços destinados a garantir o compromisso com a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos nos diferentes níveis de atenção à saúde. Isto significa que, todos os níveis de complexidade do SUS são igualmente importantes, cada qual com seu papel específico para necessidades específicas, e assim garantem a saúde do usuário. As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a organização operacional e o modelo de atenção à saúde (Mendes, 2010).

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências (Mendes, 2010).

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em localidades sanitárias distintas, é organizada por famílias e é cadastrada e registrada. A população deve ser dividida por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. Deve haver “o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a

identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas” (Mendes, 2010).

A organização das RAS é composta por cinco componentes: 1. centro de comunicação, 2. atenção primária à saúde e pontos de atenção secundários e terciários, 3. sistemas de apoio, que constituem os nós das RAS; 4. sistemas logísticos, que são responsáveis pela interação dos “nós”; e 5. sistema de governança da rede de atenção à saúde, que governa as relações entre os quatro primeiros.

Segundo Mendes (2010) “os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos.” Os objetivos das ações do sistema de atenção à saúde e os vários tipos de intervenções sanitárias, definidos a partir dos cenários demográficos e epidemiológicos e dos determinantes sociais da saúde, de acordo com o tempo e a sociedade determinada naquele momento. O desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde se deu com a necessidade de haver efetividade, eficiência e segurança no sistema de saúde para responder de acordo com as situações de saúde.

A organização do SUS em redes de atenção se dá a partir da Atenção Primária em Saúde (APS). Essa posição estratégica da APS no fluxo da atenção à saúde do usuário objetiva potencializar a garantia da integralidade, continuidade, eficiência e eficácia do sistema de saúde. A APS é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, responsável por coordenar o itinerário dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS. A APS é responsável por manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção, mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede (Brasil, 2015). As redes de atenção à saúde proporcionam melhoria no acesso e na qualidade da assistência, pois aprimoram os resultados e aumentam a eficiência dos sistemas de atenção à saúde (Pereira, 2015). O grande desafio das RAS é a construção de sistemas integrados de saúde que se articulem em todos os níveis de atenção à saúde. E o sistema de Referência e Contrarreferência, é uma das ferramentas para garantir essa articulação entre os diferentes níveis de complexidade.

### 1.3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A **Referência** diz respeito ao encaminhamento do usuário a um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. A **Contra-referência** ocorre quando a necessidade do usuário mais complexa é sanada e a necessidade se torna mais simples. Então ele é reencaminhado para uma unidade de menor complexidade, ou seja, deve ser conduzido à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua residência (Fratini, 2008).

As Unidades Básicas de Saúde devem ser a porta de entrada para o sistema, ou seja, aproximar a porta de acesso aos serviços de maior complexidade da residência dos usuários. Dessa maneira, o acesso a estes serviços acontece por intermédio da Unidade de Saúde mediante o encaminhamento. As UBSs passaram a ter maior responsabilidade com esse Sistema, pois ficaram encarregadas de referenciar os usuários e também de realizar o agendamento e o retorno dos mesmos, para que estes usuários ficassem vinculados a sua unidade de referência desde o primeiro atendimento até que alcançassem a resolução dos seus problemas. Ou seja, uma vez atendido na UBS de sua referência, quando referenciado para outro nível de complexidade o usuário deverá ser contra-referenciado para a UBS de origem, por meio de encaminhamento com as informações necessárias para a continuidade do cuidado. Os encaminhamentos de pacientes de serviços públicos para privados, contratados e/ou conveniados, deverão ser feitos nos formulários próprios do Sistema Único de Saúde. Os encaminhamentos só devem acontecer se estiverem fora da possibilidade técnica e de recursos humanos de serem tratados na Unidade (Ortiga, 2006).

O Sistema de Referência e Contra-referência faz parte de uma rede hierarquizada e integrada de cuidados e serviços que deveria se iniciar na Atenção Primária em Saúde (APS), porta de entrada do sistema, até os níveis de alta complexidade e assim possibilita o percurso direcionado dos usuários. Este Sistema é um modo de ordenação dos serviços de saúde, que viabiliza o acesso das pessoas que buscam as Unidades de Saúde e todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, objetivando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS e assegurando o acesso do paciente a todos os níveis de complexidade do Sistema. Assim, garantindo a universalidade, equidade e igualdade.

## **2. OBJETIVO DO ESTUDO**

Identificar a produção científica referente ao fluxo de Referência e Contra-referência e seus reflexos para o funcionamento efetivo do SUS.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico, denominada revisão integrativa.

A revisão integrativa diz respeito a uma abordagem metodológica referente às revisões da literatura. Ela engloba definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica (Souza, 2010). Foi elencada para o presente estudo por ser uma metodologia adequada na área da saúde, pois sintetiza de forma sistemática os estudos disponíveis sobre o assunto escolhido e direciona a prática se baseando em estudos científicos.

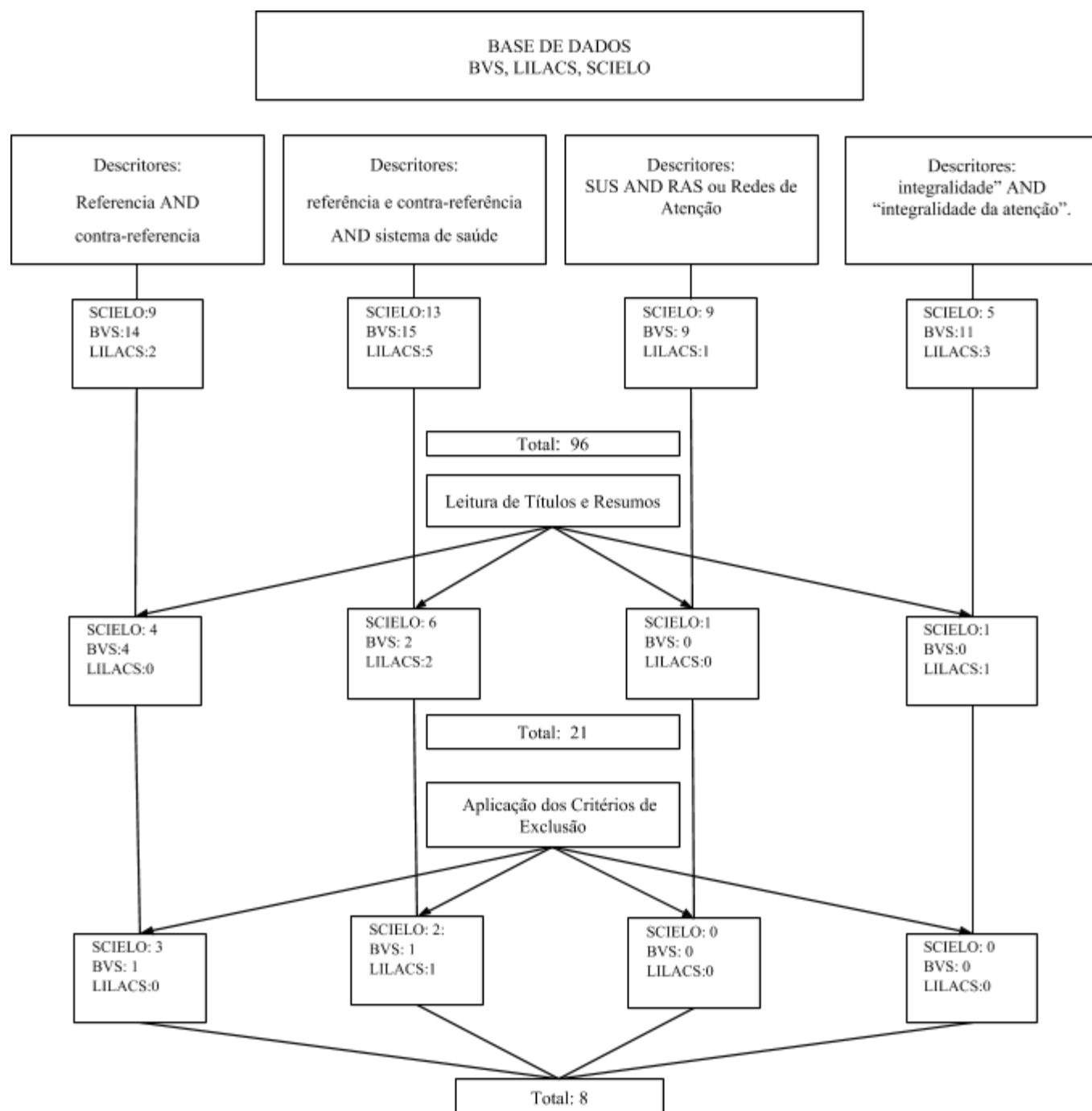
Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: quais as produções científicas disponíveis, abordando o tema referência e contra-referência e sua relevância para o bom funcionamento do SUS?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão integrativa foram: artigos publicados em português, nos últimos 10 anos, período compreendido entre 2008–2018. As palavras-chave utilizadas foram “referência” AND “contra-referência”; “referência e contra-referência” AND “sistema de saúde”; “SUS” AND “RAS”; “redes de atenção” AND “integralidade”; “integralidade da atenção”.

Para descrever a metodologia, utilizou-se o método do fluxograma de seleção dos artigos, apresentada na Figura 01.

Figura 01.



#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca resultou inicialmente em 96 (noventa e seis) artigos. Destes, 88 (oitenta e oito) artigos foram excluídos por não serem artigos em português, e/ou publicados nos últimos 10 (dez) anos (2008-2018), e/ou por tratarem do assunto de interesse deste estudo de forma superficial. Ao aplicar os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 08 (oito) artigos.

Para a sistematização e análise dos artigos incluídos foi elaborado um quadro (Quadro 1), que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: procedência (base de dados); título do artigo; autores; resultados; recomendações/conclusões.

Quadro 1. Base de dados; identificação do artigo; título do artigo; autores; resultados; recomendações/conclusões.

<b>Base de dados</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Resultados</b>	<b>Recomendações/ conclusões</b>
BVS	Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores.	Juliana Ebling Brondani, Francine Ziegler Leal, Clarissa Potter, Rosângela Marion da Silva, Helena Carolina Noal, Miriam da Silveira Perrando	Há falta de articulação e comunicação entre os serviços; Entre os profissionais de saúde não havia conhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde;	Os desafios identificados entre os trabalhadores dos serviços da atenção primária e terciária estão relacionados à falta de educação permanente, falta de comunicação, desconhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde; Não há contra-referência, nem comprometimentos dos profissionais envolvidos no cuidado, o compromete a efetividade dos processos de referência e contrarreferência.

BVS	Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade.	Miguel Ángel Fernández Ortega, Jacqueline Beatriz Roo Prato, Arnulfo Emanuel Irigoyen Coria, Sofia Blanco Lara, Alan Edward Barrell.	O médico da família foi identificado nos 16 países pesquisados, e nos três níveis de atenção; A referência dos pacientes foi encontrada com maior eficiência em pacientes referenciados do primeiro nível de atenção para o segundo, e do segundo para o terceiro; Não há contra-referência na maioria das vezes o que prejudica a continuidade do cuidado na atenção primária, e no também segundo nível de atenção;	Os autores do artigo recomendam as seguintes estratégias de fortalecimento para os SRCRP: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar e melhorar a qualidade dos programas de formação de especialistas em Medicina Familiar</li> <li>• Garantir a presença de especialistas em Medicina de Família trabalhando no primeiro nível de atenção, na área clínica, de gestão, de docência e de pesquisa, o que permitirá incrementar a capacidade resolutiva das unidades médicas.</li> <li>• Estabelecer Sistemas de Certificação e Recertificação da Qualidade de unidades médicas nos três níveis de atenção, incorporando indicadores de eficácia e eficiência do SRCRP.</li> <li>• Implantar sistemas de prontuário eletrônico único, que permita sua portabilidade nas diferentes instituições de saúde e que esteja vinculado ao SRCRP nos três níveis de atenção.</li> </ul>
LILACS	Referência e Contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde.	Juciane Rosa Gaio Fratini Rosita Saupe Aline Massaroli	A integração, a interdisciplinaridade e, principalmente, a comunicação e diálogo entre nível terciário de comunicação foram fundamentais para que o programa possa ser pensado como uma tecnologia viável.	Segundo os autores é possível tornar viável o sistema de saúde que está tão bem descrito e idealizado nos documentos oficiais.



SCIELO	O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária	Maria Carmen Simões Cardoso de Melo; Franciane Vilela; Anna Maria de Oliveira Salimena; Ivis Emília de Oliveira Souza	O artigo relata que surgiram dificuldades de diferentes responsabilidades no âmbito de implementação e de gestão e a necessidade tanto de motivar quanto de facilitar o acesso das usuárias.	Segundo os autores é preciso investir em ações para que tenhamos resultados melhores no que diz respeito ao controle e rastreamento das mulheres, referência e contra-referência efetivas, em todos os níveis de atenção, e provisão adequada de recursos humanos.
SCIELO	Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço.	Suenny Fonseca de Oliveira, Francisco José Batista de Albuquerque	O sistema de referência e contra-referência é, de acordo com os profissionais entrevistados, um problema de gestão do PSF, para que funcione há necessidade de articulação entre a saúde e outros setores da sociedade.	O estudo, segundo os autores, pode contribuir fornecendo dados e ferramentas, para servir de base para possíveis intervenções visando à melhoria do atendimento aos usuários do PSF da realidade investigada.
SCIELO	Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil.	Juarez de Souza Pereira, William César Alves Machado	A referência e a contra-referência ocorrem de forma desarticulada/informal, pois os meios de comunicação de encaminhamento são falhos, não há elo entre a APS aos serviços de nível terciário, não há contra-referência.	Por não haver contra-referência não há continuidade do cuidado, assim, a resolubilidade dos casos fica baixa.
SCIELO	Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da	Ane Polline Lacerda Protasio, Polyana Barbosa da Silva, Edmilson Calixto de Lima, Luciano Bezerra Gomes, Liliane dos Santos Machado, Ana Maria Gondim	A equipe não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção e na maioria das equipes há fichas de encaminhamento para os demais pontos de atenção.	O artigo concluiu que a construção de um sistema integrado é um desafio de alta complexidade para o SUS, que se dá a partir da Atenção Básica e deve ser organizado de forma que haja articulação entre os diferentes níveis de atenção.

	Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB.	Valença		
SCIELO	Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro	Carlos Gonçalves Serra Paulo Henrique de Almeida Rodrigues	Há dificuldades para o encaminhamento dos pacientes do PSF para consultas e exames especializados, pois há um baixo nível de regulação da rede.	A pesquisa revelou que o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência fica prejudicado, pois há deficiências no diz respeito às condições operacionais necessárias ao bom funcionamento do sistema e assim prejudica continuidade dos cuidados.

O SUS preconiza, dentro dos seus princípios, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a integrar serviços de todos os níveis de complexidade: as unidades de atenção básica; as unidades de atenção secundária; e as unidades de atenção terciária; também na Rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (Brasil, 2010).

As redes de atenção à saúde têm responsabilidades sanitárias e econômicas. São organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde; tem atenção contínua nos níveis primário, secundário e terciário; têm o compromisso com a atenção integral, intervenções de promoção e recuperação à saúde (ações preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas); operam sob coordenação da atenção primária à saúde; e prestam atenção adequada, com qualidade, em tempo e lugares certos (Conass, 2008).

O ato de encaminhar os usuários para os demais níveis de complexidade do SUS é conhecida como referência e contrarreferência. Esta prática resulta na corresponsabilização do cuidado, pois as informações sobre a história clínica, incluindo exames, resultados de exames, suspeitas, diagnósticos, intervenções que foram realizadas nos diferentes níveis de atenção e as demais necessidades relacionadas aquele usuário, é compartilhada. (Finkelsztejn

*et al*, 2009). O uso do sistema de referência e contrarreferência caracteriza um dispositivo normativo que necessita de dedicação simultânea entre os níveis de complexidade do SUS, para garantir o acesso dos usuários a todas as esferas de cuidado, de acordo com suas necessidades (Vargas *et al*, 2010).

Para possibilitar o fluxo entre os níveis de atenção que compõem o sistema de referência e contrarreferência, é necessário que o mesmo seja efetivo. Nas RAS, esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, o sistema logístico. Considera-se que este sistema logístico, respaldado na tecnologia da informação, assegura uma ordenação lógica dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, proporcionando um segmento ativo de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção (Mendes, 2011).

Os resultados obtidos a partir do presente estudo demonstraram lacunas em relação às condições funcionais indispensáveis ao bom funcionamento do Sistema de Referência e Contra-Referência entre os níveis de atenção à saúde.

Da análise dos artigos apresentados no Quadro 1, emergiram algumas categorias temáticas, que serão apresentadas e discutidas a seguir.

Em 2 (dois) (Brondani *et al*, 2016; Pereira, 2016) dos os 8 (oito) artigos analisados, a **DESARTICULAÇÃO** foi mencionada como um entrave importante no funcionamento do sistema, pois sem articulação, não há continuidade do cuidado. O cuidado integral do usuário depende dos trabalhadores envolvidos, e requer dos mesmos, motivação para atuar de forma ordenada na equipe de trabalho, e entendimento da Rede para desempenhar um bom atendimento ao usuário.

De acordo com os princípios Rede, é necessário garantir vínculos em várias intraequipes de saúde, intequipes e serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários, serviços e equipes (Brasil, 2006). Segundo Brondani *et al* (2016) está clara a desorganização e a falta de informação sobre como trabalhar em rede, o que pode apontar as limitações da gestão e organização do conjunto de serviços de assistência à saúde, gerar desânimo e desmotivação nos trabalhadores. Para termos uma atenção primária de qualidade, é preciso que os profissionais sejam valorizados, capacitados, gerando monitorização de resultados e por fim qualificação na prestação de serviços.

É perceptível a desarticulação entre os serviços, definindo o trabalho como solitário, sem a divisão do cuidado do usuário na RAS. Essa desarticulação do cuidado mostra-se principalmente, na vulnerabilidade da articulação entre as instâncias gestoras do sistema, além da fragmentação entre os serviços de saúde (Lavras, 2011).

É fundamental firmar os processos de referência e contrarreferência, e ter uma rede de serviços articulada, para melhorar a assistência aos usuários, e assim alcançar a integralidade do cuidado. Uma rede articulada proporciona uma possibilidade maior de resolubilidade dos problemas de saúde da população.

A **COMUNICAÇÃO** foi uma categoria que também emergiu da análise dos artigos. Essa questão foi abordada em diversos momentos em 5 (cinco) (Brondani *et al*, 2016; Melo *et al*, 2012; Pereira, 2016; Protásio *et al*, 2014; Serra, 2010) dos 8 (oito) artigos analisados. De acordo com os estes artigos não há nenhum serviço informatizado de comunicação, ou outro meio de comunicação formal entre os três níveis de atenção.

O sistema de referência e contrarreferência opera como uma ferramenta para o funcionamento do SUS. Contudo, sem uma rede de serviços de saúde bem elaborada e com uma boa comunicação o funcionamento da mesma se torna ineficiente. Após a análise dos artigos, percebe-se que os serviços de saúde em todos os níveis de atenção funcionam de forma fragmentada, sem comunicação entre si.

Segundo Serra (2010) os sistemas de informação e comunicação existentes têm muitas deficiências. Muitas equipes de saúde não contam com telefones, computadores e internet. Não tem agendamento de consultas e exames via sistema, e não há prontuário eletrônico. O meio utilizado para a referência e contrarreferência é através de formulários em papel.

A falta de comunicação e articulação entre os serviços de saúde aumentam os custos do SUS, pois muitas das vezes é necessário repetir exames, procedimentos, que muitas vezes já foram realizados, mas que não foram registrados. A comunicação é falha entre os níveis de atenção. Segundo Dias (2010), para que sejam evitadas as repetições e sobreposições das atividades clínicas, nas quais o usuário é submetido, seria relevante a implantação de um sistema que conectasse todos os serviços de atenção à saúde, nos seus diversos níveis de complexidade, com o propósito de facilitar o acesso à informação sobre o histórico clínico de cada usuário.

A falta de comunicação, em 5 (cinco) (Brondani *et al*,2016; Melo *et al*, 2012; Pereira, 2016; Protásio *et al*, 2014; Serra, 2010) dos 8 (oito) artigos analisados), desencadeou grande entrave, aqui elencada como a categoria **DIFICULDADE NA CONTRA-REFERÊNCIA**, ou seja, da volta do usuário à Atenção Primária à Saúde.

A contra-referência refere-se ao retorno para o menor nível de complexidade, ou seja, em que a necessidade do usuário, com relação aos serviços de saúde, é mais simples, e o mesmo poderá ser conduzido para a APS. Dito isto, a inexistência da contrarreferência implica descontinuidade do cuidado, e conseqüentemente, baixa resolubilidade dos casos. Em um dos artigos (Pereira, 2016) os profissionais de saúde relataram que “a contrarreferência ninguém responde. A gente não tem essa contra-referência do serviço de atenção secundária para atenção básica.” Ou seja, não há garantia da continuidade do processo de cuidado dos usuários da rede. É possível que o incentivo à educação permanente possa ser uma das formas para se promover melhorias na comunicação entre os serviços e resolutividade da assistência em saúde.

É preciso que esforços sejam feitos para diminuir as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde. Ainda, é essencial que gestores invistam na garantia de acesso dos usuários a outros níveis de cuidado, pois quando há o acesso e os tratamentos, e intervenções acontecem no tempo necessário, resultados positivos poderão ser visíveis. Quando ocorre o inverso, a demora no acesso ao serviço contribui com a perda de qualidade de vida, intensificando seus agravos, causando aumento de custos financeiros, pois serão demandados cuidados em níveis de complexidade cada vez maiores (Tôrres *et al*, 2011).

O Sistema de Referência e Contra-Referência em 6 (seis) (Protásio *et al*, 2014; Pereira, 20146; Serra, 2010; Brondani *et al*, 2016; Fratini, 2008; Fernández *et al*, 2016) dos 8 (oito) os artigos analisados, foi descrito como um sistema ineficiente. Os profissionais de saúde relataram dificuldade em relação à falta de comunicação com os outros níveis de atenção à saúde, e não havia conhecimento sobre o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (Brondani *et al*, 2016).

No decorrer da leitura e análise dos artigos é percebido que o trabalho nos diversos níveis de complexidade é muito individual, solitário, ocorre de forma desarticulada, há ausência de retorno dos serviços para qual o paciente foi referenciado, e há falta de

responsabilização dos profissionais envolvidos no processo, o que compromete o funcionamento do sistema de referência e contra-referência, e implica na descontinuidade do cuidado. Os estudos analisados sugerem também que o sistema de referência e contrarreferência é completamente desconsiderado pelos profissionais, pois não há um sistema de registro dos dados e conseqüentemente não há integração e complementaridade da assistência, tornando todo o processo ineficaz.

A organização do sistema de referência e contra-referência ainda não está consolidada, há a imprescindibilidade de refletir o seguimento do cuidado ao usuário de uma maneira mais comprometida, em que este processo não se limite ao trabalho de cada profissional, que de forma individual, busca a resolutividade das demandas.

A estruturação de um sistema integrado é um desafio de alta complexidade para o SUS, que se dá a partir da Atenção Básica e deve ser elaborado de modo que seja vinculado à esfera estadual respeitando a autonomia de cada gestão.

Diante da produção acadêmica identificada no presente estudo e pelo exposto nos artigos, percebe-se que o sistema de referência e contra-referência possui atualmente grande fragilidade e baixo potencial de resolubilidade, sobrecarregando os níveis de atenção à saúde, que podem resultar em um agravamento das condições de saúde dos usuários e prejudicando sua qualidade de vida. Com isso, podemos ressaltar a importância de atenção e aprofundamento em questões relacionadas ao sistema de referência e contra-referência e a importância da reformulação de uma rede mais informatizada de prontuários, para que todos os níveis de atenção à saúde tenham acesso às informações dos pacientes. Isso permitiria uma melhor comunicação e eficiência da contra-referência, garantindo a continuidade da assistência.

## 5. CONCLUSÃO

A partir da revisão dos artigos foi possível concluir que é preciso avançar muito no que diz respeito à organização dos serviços de saúde. Os artigos analisados nesta revisão permitem visualizar o sistema de referência e contra-referência como um sistema com muitos problemas a serem suplantados, principalmente no que tange à desarticulação, falta de comunicação e dificuldades na contrarreferência, pontos estes que deveriam ser mais efetivos, em todos os níveis de atenção, entre todos profissionais da saúde, uma vez que cada um desenvolve seu trabalho de forma isolada e desconectadas, comprometendo a assistência integral à saúde do usuário, e tornando-o um sistema ineficiente.

O encaminhamento dos usuários através do sistema de referência e contra-referência no SUS, por meio dos níveis de complexidade deve responder às necessidades da população, permitindo que a mesma seja assistida de forma integral segundo os princípios do SUS, seguindo a lógica do sistema de saúde.

Um sistema de referência e contrarreferência com bom nível de efetividade, se enquadra no princípio da integralidade da atenção assegurada no Sistema Único de Saúde, pela Estratégia Saúde da Família, e reforça a resolubilidade, pois proporciona ao paciente um tratamento contínuo, até a resolução de suas necessidades, independentemente de sua complexidade.

## 6. REFERÊNCIAS

- ABC do SUS Doutrinas e Princípios. Ministério da Saúde Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília/DF 1990.
- AGUIAR, J.M.M. O Programa Saúde da Família no Brasil. A resolubilidade do PSF no município de Volta Redonda (RJ) [dissertação]. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ; 2001.
- AGUILERAI, S. L. V. U. et al. Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. Rev. bras. epidemiol, v. 654, p. 667, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS), princípios e conquistas. 44p. il. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 687, de 30 de março. Dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da saúde, Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. Referência e ContraReferência. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
- BRONDANI, J. E., *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. Cogitare Enferm. 2016 Jan/mar; 21(1): 01-08.



CONASS. Secretaria do Estado da Saúde de Piauí. Oficina rede de atenção à Saúde no SUS. Guia do Participante. Teresina; 2008.

DIAS, C. F. O sistema de referência e contrarreferência na estratégia saúde da família no município de bauru: perspectiva dos gestores. 2010. p. 258. Trabalho de Conclusão de Curso. UNESP- Botucatu, 2010.

FERNÁNDEZ, M.A., *et al.* Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Out-Dez; 11:37-4.

FINKELSZTEJN, A. *et al.* Encaminhamentos da Atenção Primária para Avaliação Neurológica em Porto Alegre, Brasil. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 731-741, 2009.

FRATINI, J. R. G., SAUPE, R., MASSAROLI, A. Referência e Contra Referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev. Esc. Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LAVRAS C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. 2011; 20(4): 867-74.

MELO, M.C.S.C, *et al.* O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Revista Brasileira de Cancerologia 2012; 58(3): 389-398.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. v.2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília; 2004. (Série E, Legislação de Saúde).

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Ciênc saúde coletiva, v. 15, n. 5, p. 2297- 305, 2010.

MENICUCCI, T. M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1620-1625, jul, 2009.

OLIVEIRA, S. F. E ALBUQUERQUE, F. J. B. de. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*; 20 (2): 237-246, 2008.

ORTIGA, A M. B. Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde. Mimeo, 2006.

PEREIRA, J. S, MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 26 [3]: 1033-1051, 2016.

PEREIRA, L. A. C. S., TELES, T. F. S., SANTOS N. F. Redes de Atenção à Saúde: Desafios para implantar um novo olhar para a Atenção Básica na periferia Estadual – Um relato de experiência. *SANARE*, ISSN:2317-7748, V.14 - Suplemento 1 - COPISP - 2015.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2017.

PONTES APM, *et al* O Princípio de Universalidade do Acesso dos Serviços de Saúde: O que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

PROTÁSIO, *et al*. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, P. 209-220, OUT 2014.

SERRA, C.G., RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3579-3586, 2010.

SOUZA M.T., SILVA M.D., CARVALHO R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

TEIXEIRA G.B., *et al*. Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 out - dez ; 17 (4): 764 - 7711.

TÔRRES, A. K. V. et al. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. *Rev. bras. saude mater. Infant*, 11, n 4, p. 427-436, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. Cad. saúde pública. Rio de Janeiro, v. 20, n. Sup 2, p. S190-S198, 2004.

VARGAS, K. D. *et al.* A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010.