

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

MARIA CAROLINA SALUSTINO DOS SANTOS

INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: percepção de
profissionais da rede de atenção à saúde que atendem crianças/adolescentes com doença
crônica

JOÃO PESSOA/PB
2021

MARIA CAROLINA SALUSTINO DOS SANTOS

INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: percepção de profissionais da rede de atenção à saúde que atendem crianças/adolescentes com doença crônica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Projeto vinculado: Sistema de referência e contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes com doença crônica

Orientadora: Prof^ª Dr^a Elenice Maria Cecchetti Vaz

S237i Santos, Maria Carolina Salustino dos.

Instrumento de referência e contrarreferência :
percepção de profissionais da rede de atenção à saúde
que atendem crianças/adolescentes com doença crônica /
Maria Carolina Salustino dos Santos. - João Pessoa,
2021.

88 f. : il.

Orientação: Elenice Maria Cecchetti Vaz.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde - rede de atenção. 2. Saúde - processo
comunicativo. 3. Criança - atenção à saúde. 4.
Adolescente - atenção à saúde. 5. Doença crônica. I.
Vaz, Elenice Maria Cecchetti. II. Título.

UFPB/BC

CDU 613.9(043)

MARIA CAROLINA SALUSTINO DOS SANTOS

INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: percepção de profissionais da rede de atenção à saúde que atendem crianças/adolescentes com doença crônica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 26/02/2021

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Elenice Maria Cecchetti Vaz (Presidente)
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª Drª Neusa Collet (Membro Titular Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profª Drª Erika Acioli Gomes Pimenta (Membro Titular Externo)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profª Drª Altamira Pereira da Silva Reichert (Membro Suplente Interno)
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Enfª Drª Vanessa Medeiros da Nóbrega (Membro Suplente Externo)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação de mestrado ao Senhor, o Deus de Israel, por segurar as minhas lágrimas e renovar as forças do meu ser todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao **Senhor Jesus**, que me deu a vida e o ar que respiro para exaltá-lo hoje. Jesus, sem ti, eu não conseguiria dar o primeiro passo para as renúncias necessárias à conclusão deste curso de mestrado. Só o Senhor sabe o quão difícil foi cada segundo de provas que vivenciei para finalizá-lo. Te amo, meu Senhor!

À igreja do Senhor, **“Igreja Batista Missionária Cristã”**, por estar presente em todos os momentos da minha vida e prestarem suas orações a meu favor.

À minha mãe, **Anacleide**, por doar todos os seus dias para me educar e suprir as minhas necessidades para estudar, mesmo diante de fragilidades financeiras e de recursos. Tudo que a senhora fez foi suficiente para que eu me tornasse Mestra em Enfermagem, e isso é só o começo mãezinha. Obrigada!

À minha irmã, **Mariana**, e ao meu cunhado, **Renner**, por me oferecerem suporte em momentos em que eu precisava crescer na vida acadêmica.

Ao meu noivo, **Jefferson Allyson**, por ser o meu alicerce quando eu não aguentava mais a trajetória e encher de amor os meus dias. Te amo!

Aos meus sogros, **Givalberto e Edjane**, por estarem dispostos sempre a me ajudar quando eu mais precisei. Obrigada, amo vocês.

À minha avó, **Angelina** (*in memoriam*), por ter sido canal de bênçãos em minha vida desde o ventre da minha mãe e ter me ensinado os caminhos do Senhor Jesus.

À minha avó, **Maria das Dores**, e à minha **Tia Kesse**, por sempre estarem disponíveis a me ajudar em cada passo meu, desde sempre e para sempre!

À **Lívia**, por ser a alegria da vida de titia/prima!

Aos meus amigos, **Bruno, Nathalia, Élide e Milaneide**, por serem uma grande alegria em minha vida durante esse processo acadêmico. Amo vocês!

À minha psicóloga, **Renata**, por cuidar da minha saúde mental durante esse processo acadêmico e me ajudar a gerir os meus sentimentos, tornando-me mais forte.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba**, por me receber de braços abertos e me proporcionar a oportunidade de ser uma profissional melhor, tecnicamente e cientificamente.

À minha orientadora, **Elenice Maria Cecchetti Vaz**, que é um grande presente de Deus na minha vida. Eu não poderia ter outra orientadora melhor! Obrigada por nunca me deixar desistir e por toda compreensão nessa trajetória que percorremos juntas. Sem a senhora, não seria uma caminhada maravilhosa, obrigada!!! És minha referência profissional.

À **banca examinadora** desta dissertação, por dedicar tempo de leitura neste trabalho e por aceitar participar deste momento tão especial, minha gratidão à todas vocês.

“Quando o SENHOR trouxe do cativeiro os que voltaram a Sião, estávamos como os que sonham. Então a nossa boca se encheu de riso e a nossa língua de cântico; então se dizia entre os gentios: Grandes coisas fez o Senhor”
Salmos 126:1-3

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 -** Mapa temático dos resultados consolidados a respeito do instrumento de referência e contrarreferência, conforme a percepção dos profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes com doença crônica. João Pessoa, PB, Brasil. 2020. 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS - Atenção Primária à Saúde
ATI - Análise Temática Indutiva
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCM - *Chronic Care Model*
CMR - Central Municipal de Regulação
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DS - Distrito Sanitário de Saúde
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
EP - Entrevistas em Profundidade
ESF - Estratégia Saúde da Família
eSF - Equipes de Saúde da Família
GES - Gerência de Educação na Saúde
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC - Modelos de Atenção às Condições Crônicas
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPGENF/UFPB - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RPDC - Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG - Sistema de Informação em Regulação
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SURCO - Sistema Único de Referência e Contra-referência
SUS - Sistema Único de Saúde
TI – Tecnologias de Informação
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
USF - Unidades de Saúde da Família
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

SANTOS, Maria Carolina Salustino dos. **INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA:** percepção de profissionais da rede de atenção à saúde que atendem crianças/adolescentes com doença crônica. Orientador: Elenice Maria Cecchetti Vaz 2021. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

Introdução: Crianças/adolescentes com doença crônica percorrem regularmente a rede de atenção à saúde e precisam de um sistema de referência e contrarreferência efetivo para garantir a continuidade e integralidade do cuidado. **Objetivo:** Analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde de município paraibano, no cuidado à criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, realizada com 11 profissionais de saúde dos níveis primário, secundário e terciário da rede de atenção. As entrevistas em profundidade ocorreram por via remota entre junho e outubro de 2020 e os dados foram interpretados pela Análise Temática Indutiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE: 30673720.6.0000.5188 e Protocolo nº 4.003.220. **Resultados:** Os profissionais de saúde evidenciaram fragilidades na estrutura e conteúdo do instrumento de referência/contrarreferência, o que não têm contribuído com o compartilhamento de informações entre os serviços e repercutem desfavoravelmente em seu processo de trabalho nos diferentes pontos de atenção. Ademais, a regulação, ferramenta tecnológica do sistema de referência e contrarreferência, não tem possibilitado aos profissionais dos serviços acompanharem os usuários pela rede de atenção. Com esses déficits prejudica-se o sistema logístico, inviabilizando o cuidado em rede das crianças/adolescentes com doença crônica, necessitando ser aprimorado o sistema de referência e contrarreferência. **Considerações finais:** Identificou-se a necessidade de revisar o instrumento, bem como estabelecer os fluxos e contrafluxos das informações para organizar os processos inerentes ao sistema de referência e contrarreferência. Assim, pode-se qualificar esse cuidado ao favorecer a integração dos serviços de saúde da rede de atenção das crianças e adolescentes com doença crônica.

Descritores: Sistemas de Saúde. Comunicação em Saúde. Criança. Adolescente. Doença Crônica.

ABSTRACT

SANTOS, Maria Carolina Salustino dos. **REFERENCE AND COUNTER-REFERENCE INSTRUMENT:** perception of healthcare professionals who delivery care for children / adolescents with chronic disease. Advisor: Elenice Maria Cecchetti Vaz 2021. 88f. Dissertation (Master in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Paraiba, João Pessoa, 2021.

Introduction: Children/adolescents with chronic illness regularly visit the health care facility and need an effective referral and counter-referral system to ensure continuity and integrality of care. Objective: It analyzes the reference and counter-reference instrument used in by health professionals healthcare system in a city of Paraiba caring for children/adolescents with chronic illness. **Methodology:** Qualitative, exploratory-descriptive research, carried out between June and October 2020 with 11 healthcare professionals at the primary, secondary and tertiary levels of the healthcare. The in-depth data collection took place remotely, and the Inductive Thematic Analysis interpreted the data. The project was approved by the Research Ethics Committee, under CAAE: 30673720.6.0000.5188 and Protocol No. 4,003,220. **Results:** Health professionals showed weaknesses in the structure and content of the reference / counter-reference instrument, which have not contributed to sharing information between services and have a negative impact on their work process in different levels of care. Also, the referral and counter-referral system' regulation tool has not helped the healthcare professionals to monitor the children/adolescents through the healthcare system. With these deficits, the logistical system is damaged, making the healthcare system of children/adolescents with chronic disease unfeasible. It indicates the need to improve the referral and counter-referral system. **Final considerations:** The need to review the instrument was identified and establish through the flows and counterflows of information to organize the processes and improve the reference and counter-reference system. Thus, this care can be qualified by favoring the integration of health services for children and adolescents with chronic disease.

Descriptors: Health Systems. Health Communication. Child. Adolescent. Chronic disease.

RESUMEN

SANTOS, Maria Carolina Salustino dos. **INSTRUMENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:** percepción de los profesionales de la red de atención de la salud que atienden a los niños/adolescentes con enfermedades crónicas. Asesora: Elenice Maria Cecchetti Vaz 2021. 88h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2021.

Introducción: Los niños/adolescentes con enfermedades crónicas recorren regularmente la red de atención de la salud y necesitan un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia para asegurar la continuidad e integralidad de la atención. **Objetivo:** Analizar el instrumento de referencia y contrarreferencia utilizado en la Red de Atención de Salud de un ayuntamiento de Paraíba, en la atención de niños/adolescentes con enfermedades crónicas desde la perspectiva de los profesionales de la salud. **Metodología:** Investigación cualitativa, exploratorio-descriptiva, llevada a cabo entre junio y octubre de 2020 con 11 profesionales de la salud de los niveles primario, secundario y terciario de la red de atención. Las entrevistas en profundidad se realizaron de forma remota y los datos se interpretaron por el Análisis Temático Inductivo. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, bajo el CAAE: 30673720.6.0000.5188 y el Protocolo nº 4.003.220. **Resultados:** Los profesionales de la salud mostraron debilidades en la estructura y el contenido del instrumento de referencia/contrarreferencia, que no han contribuido al intercambio de información entre los servicios y tienen un impacto adverso en su proceso de trabajo en los diferentes puntos de atención. Además, la regulación, herramienta tecnológica del sistema de referencia y contrarreferencia, no ha permitido que los profesionales de los servicios acompañen a los usuarios a través de la red de atención. Con estos déficits, el sistema logístico se daña, haciendo inviable la atención en red de los niños/adolescentes con enfermedades crónicas y señalando la necesidad de mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia. **Consideraciones finales:** Se identificó la necesidad de revisar el instrumento, así como establecer los flujos y contraflujos de información para organizar los procesos inherentes al sistema de referencia y contrarreferencia. Así, se puede calificar esta atención favoreciendo la integración de los servicios de salud en la red de atención a los niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

Descriptor: Sistemas de Salud. Comunicación en Salud. Niño. Adolescente. Enfermedad Crónica.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	A Rede de Atenção à Saúde e o atendimento às crianças e adolescentes com doença crônica no Brasil	19
2.2	Sistemas logísticos no SUS e a referência e contrarreferência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças crônicas	22
3	PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1	Natureza da investigação	27
3.2	Cenário do estudo	28
3.3	Participantes do estudo	28
3.4	Procedimentos para coleta de dados	29
3.5	Procedimentos de análise de dados	31
3.6	Aspectos éticos	32
4	RESULTADOS	33
4.1	Instrumento de referência e contrarreferência na perspectiva dos profissionais de saúde da RAS	35
4.1.1	<i>Aspectos estruturais e de conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência</i>	35
4.1.2	<i>O instrumento na prática assistencial enquanto ferramenta do sistema de referência e contrarreferência da RAS</i>	37
4.2	Reflexos das fragilidades do instrumento no sistema de referência e contrarreferência da RAS	41
4.2.1	<i>Fluxos no sistema de referência e contrarreferência: (des)integração entre os serviços da RAS</i>	41
4.2.2	<i>Repercussões das fragilidades do instrumento de referência e contrarreferência no processo de trabalho dos profissionais</i>	46
5	DISCUSSÃO	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62

REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	74
APÊNDICE A - Carta-convite	75
APÊNDICE B - Formulário de captação dos profissionais de saúde	76
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
APÊNDICE D - Roteiro de entrevista	79
APÊNDICE E - Termo de Compromisso para o Comitê de Ética em Pesquisa	80
ANEXOS	81
ANEXO A – Instrumento de referência e contrarreferência utilizado no município	82
ANEXO B – Termo de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde	83
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	84
ANEXO D - Emenda do Projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa	86

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação surgiu do meu desejo, enquanto enfermeira atuante da Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, de retornar ao ambiente acadêmico e aprofundar meus conhecimentos técnicos-científicos sobre a atenção à saúde da criança e do adolescente, uma subárea da enfermagem pela qual tenho grande paixão. Sendo assim, ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB) interessei-me em pesquisar sobre como um instrumento de referência e contrarreferência utilizado pelos profissionais poderia auxiliar na melhoria do atendimento de crianças e adolescentes que convivem com doenças crônicas.

Este trabalho está dividido em cinco partes. Na parte 1, **Introdução**, apresenta-se a problematização do tema estudado sob a perspectiva do estado geral da arte com estudos nacionais e internacionais que versam sobre o sistema de referência e contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as lacunas que ocorrem nesse processo, justificando assim, o propósito do presente estudo e a questão que norteou seu objetivo geral.

Na parte 2, **Revisão de Literatura**, aborda-se questões referentes à Rede de Atenção à Saúde no Brasil e seus sistemas logísticos relacionados a referência e contrarreferência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças crônicas, usando a literatura atual, no contexto da criança e do adolescente com doença crônica, entrelaçado ao referencial teórico de Eugênio Vilaça Mendes. Para nortear este estudo foram utilizados os referenciais teóricos sobre as Rede de Atenção à Saúde e o de Inovação nos Sistemas Logísticos, construído em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, que nortearam o estudo.

Em sequência tem-se a Parte 3, **Percurso Metodológico**. Nessa delineia-se toda a trajetória metodológica realizada durante a pesquisa para alcançar os resultados e obter êxito.

A Parte 4, **Resultados**, têm-se os achados do estudo a partir da percepção dos profissionais que atendem as crianças e adolescentes com doença crônica, que foram sintetizados e interpretados segundo a Análise Temática Indutiva, apresentando os dois temas identificados e seus respectivos subtemas. O primeiro tema, Instrumento de referência e contrarreferência na perspectiva dos profissionais de saúde da RAS, está subdividido em dois subtemas: Aspectos estruturais e de conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência; e Instrumento na prática assistencial enquanto ferramenta do sistema de referência e contrarreferência da RAS. O segundo tema traz os Reflexos das fragilidades do instrumento no sistema de referência e contrarreferência da RAS com seus respectivos subtemas, Fluxos no sistema de referência e contrarreferência: (des)integração entre os serviços da RAS; e

Repercussões das fragilidades do instrumento de referência e contrarreferência no processo de trabalho dos profissionais.

A Parte 5, **Discussão**, faz-se uma reflexão dos resultados do estudo com o suporte do referencial teórico designado, e em publicações nacionais e internacionais, a realidade encontrada relacionada ao instrumento e aos sistemas de referência e contrarreferência utilizados na atenção à criança/adolescente com doença crônica. E por fim, a Parte 6, **Considerações finais**, tece-se reflexões acerca dos achados do estudo, mostrando sua contribuição para o fortalecimento da comunicação entre os diferentes níveis da rede de atenção à saúde. As propostas de melhorias no instrumento de referência e contrarreferência para as crianças/adolescentes com doença crônica visam contribuir com o aprimoramento dos fluxos e contrafluxos das informações do sistema de referência e contrarreferência para que seja mais efetivo no município em estudo.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde pública funciona por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse, por sua vez, estrutura-se em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que busca atender a todos os perfis populacionais de forma integral (MENDES, 2015).

Para melhor viabilizar esse atendimento, levando em consideração as necessidades de saúde de diversos segmentos da população brasileira, a RAS está subdividida em cinco redes direcionadas (BRASIL, 2014a). Essas redes, têm o intuito de garantir a prestação de cuidados necessários em todos os níveis de atenção à saúde, e para tal, é importante que os serviços nela contidos, bem como, os profissionais de saúde se comuniquem de forma eficiente, articulada e integralizada, fortalecendo a continuidade do cuidado aos usuários (BRASIL, 2017a). Uma delas é a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) (BRASIL, 2014a), na qual também se inserem as crianças/adolescentes que convivem com esse tipo de condição de saúde.

As doenças crônicas estão em ascendência mundialmente e vêm se apresentando na população infantil de maneira precoce. No Brasil, com base nos últimos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicado em 2010, identificou-se a doença crônica em 9,1% das crianças de 0 a 5 anos, 9,7% de 6 a 13 anos e 11% dos adolescentes de 14 a 19 anos (IBGE, 2010). Essas doenças tendem a levar os indivíduos acometidos a uma condição indefinida, com complicações físicas, atraso do desenvolvimento, prognóstico incerto, necessidade de internações hospitalares recorrentes (SILVA *et al.*, 2017a).

Para minimizar esses efeitos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) definiu como um dos seus eixos temáticos a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. Tal eixo tem como estratégia qualificar os profissionais para a detecção precoce de doenças e manejo adequado dos casos, no qual os fluxos assistenciais do percurso terapêutico devem ser organizados e articulados para propiciar a prevenção de agravos e a promoção à saúde dessas crianças (BRASIL, 2018).

Para isso, o cuidado às crianças com doença crônica deve ser coordenado, prioritariamente, pela Atenção Primária à Saúde (APS), visto que essa é responsável, dentre outras atribuições, pelo acolhimento ao usuário e ordenamento dos fluxos assistenciais nos diferentes níveis da RAS. Todavia, algumas vezes, esse cuidado pode acontecer em outra porta de entrada da rede, como os serviços de urgência e emergência, o que ressalta a necessidade de articulação e integração entre os serviços para garantir a assistência e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2017a). A essência da coordenação perpassa os mecanismos de obtenção de

informação, tais como histórico do indivíduo e recursos disponíveis e é propiciada pelos sistemas de informação, aliado aos mecanismos de referência e contrarreferência e fornecimento aos pacientes de recomendações por escrito (BRASIL, 2011).

Dessa forma, percebe-se que a interligação do cuidado em rede utiliza-se do sistema de referência e contrarreferência (CHAVES *et al.*, 2018), para que o acesso das pessoas siga um fluxo em que quando o indivíduo é atendido na unidade básica, seja "referenciado" (encaminhado) para uma unidade especializada, caso necessário. Por sua vez, finalizando o período de atendimento, esse deve ser "contrarreferenciado" para sua unidade de origem de modo a garantir a continuidade do atendimento (BRASIL, 2011).

Apesar da ênfase quanto à importância do sistema de referência e contrarreferência eficiente para a RAS, esse tem se apresentado pouco efetivo, carecendo de melhor organização funcional dos sistemas logísticos, enquanto soluções tecnológicas da rede. Dentre esses destacam-se os registros eletrônicos em saúde, os sistemas eletrônicos de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. No SUS, dentre esses mecanismos possíveis o que conseguiu ser consolidado na RAS foi o Sistema de Informação em Regulação (SISREG) para atender às demandas de acesso regulado, o qual permite a identificação precisa dos estabelecimentos de saúde e busca incorporar a lógica do sistema de referência e contrarreferência (OPAS, 2011).

Esses estão ligados ao conceito de integração vertical, o qual se refere à combinação de diferentes unidades produtivas, previamente autônomas, que geram insumos de uma unidade para outra. Dessa forma, a deficiência de sistemas logísticos como instrumento de integração das RAS baseadas na APS constitui-se possivelmente como a maior fragilidade na execução desse sistema no SUS, a exemplo da lacuna na implantação de prontuários clínicos eletrônicos (OPAS, 2011). Ratificando o exposto, autores encontraram a partir de uma revisão sistemática da literatura que o uso desses registros eletrônicos se mostra benéfico, especialmente para pacientes com doenças crônicas. Esses registros, além de necessitar do aporte tecnológico e de adesão e adaptação dos profissionais ao uso da ferramenta, devem ser implementados sob a ótica de um modelo de atenção à saúde voltado para os cuidados crônicos para gerenciar a saúde (NIAZKHANI *et al.*, 2020).

No Brasil, na maioria dos serviços do SUS, a referência e contrarreferência são realizadas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável (ALVES *et al.*, 2015), o que não difere da realidade majoritária paraibana. Estudo evidenciou que mesmo havendo tal instrumento, os profissionais de saúde têm dificuldades em

utilizá-lo, apesar de reconhecerem que as informações documentadas possam facilitar o cuidado de crianças e adolescentes com doenças crônicas em toda a rede (VAZ *et al.*, 2019).

Esses usuários, em sua maioria, encontram-se fragilizados e necessitam de cuidados contínuos devido às características inerentes a esse tipo de doença (ROSSETO, 2017), como início insidioso, período de duração mais longo ou permanente e evolução lenta (MENDES, 2012). As fragilidades na continuidade do cuidado das crianças e adolescentes com doenças crônicas podem contribuir para as alterações no quadro clínico como também resultar em hospitalizações desnecessárias e déficits no seu desenvolvimento (NÓBREGA *et al.*, 2017). Dessa forma, essas carecem de atendimento longitudinal que integre os seus passos na RAS.

Portanto, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde dos diferentes tipos de serviços pode otimizar a continuidade do atendimento ao usuário. Porém, são necessários aprofundamentos sobre métodos eficazes de comunicação que facilitem a transição de cuidados, principalmente, no quesito da contrarreferência a unidade de cuidados primários (SHEEHAN *et al.*, 2021).

Reforça essa assertiva, estudo realizado no Mato Grosso do Sul, em que se observou a dificuldade em estabelecer bom fluxo de informação entre os diferentes serviços de saúde, devido a lacunas nos agendamentos de consultas dos casos de maior complexidade e a não contrarreferência (SANTOS *et al.*, 2017). No Irã, similar ao que vem acontecendo no Brasil, há lacunas importantes no sistema de referência e contrarreferência nos diferentes níveis de serviços de saúde, causando ambiguidade e confusão nos usuários (GHOLIZADEH *et al.*, 2016).

O sistema de referência e contrarreferência faz parte de algo maior, que é o fluxo de atendimento do usuário na rede. Dessa forma, pesquisa que objetivou construir um fluxograma organizativo de atenção domiciliar às crianças com necessidades especiais de saúde, evidenciou diversas estratégias que podem auxiliar a comunicação interprofissional e interserviços na ausência de prontuário eletrônico e interligado. Dentre essas a alta hospitalar programada e comunicada; a avaliação de elegibilidade em hospital (público ou privado); preparo e instrumentalização do cuidador pelos profissionais de nível superior; orientações e transmissão de informações via telefone e o envio mensal por correio eletrônico de formulário próprio do serviço para que a APS tenha o conhecimento da evolução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) (ROSSETO; TOSO; RODRIGUES, 2020).

Nesse contexto, entende-se que há uma necessidade emergente de pesquisas de aprofundamento sobre o sistema de comunicação entre essas redes, para se identificar e compreender as lacunas existentes e, conseqüentemente, aperfeiçoar a assistência dessa população específica (NÓBREGA *et al.*, 2017). A partir disso, questionou-se: Qual a percepção

dos profissionais de saúde sobre o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde no cuidado da criança/adolescente com doença crônica?

Para responder a esse questionamento, este estudo objetivou analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde de município paraibano, no cuidado à criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde. Pressupõe-se que esse instrumento utilizado atualmente possui fragilidades em sua operacionalização e manejo adequado para integrar os serviços e os fluxos de informações necessárias à continuidade do cuidado à essa clientela.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Rede de Atenção à Saúde e o atendimento às crianças e adolescentes com doença crônica no Brasil

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Essas redes são definidas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro como arranjos organizativos que proporcionam ações e serviços de saúde, de maneira integrada. Este processo ocorre por meio de inúmeros sistemas que envolvem aspectos relacionados à tecnologia, logística e gestão, objetivando garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017a).

A RAS deve ter como princípios e diretrizes básicas: acolhimento e atendimento multiprofissional aos usuários nos pontos de atenção à saúde; humanização da atenção; respeito às diversidades; um modelo centrado no usuário/família; articulação entre os serviços de saúde; monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços; autonomia dos usuários, participação e controle social; equidade e capacitação profissional (BRASIL, 2017a).

A organização dessas redes deve permitir a democratização dos serviços de saúde no SUS, por meio da articulação horizontal, a fim de alcançarem objetivos comuns em ações cooperativas e interdependentes, possibilitando atenção contínua e integral à população. Para isso, é necessário que seus diferentes pontos de atenção nessa rede possam ser interligados de forma profunda e estável, sendo a APS a responsável por coordená-los, e oferecer assistência de qualidade e humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2011).

Para melhor atender a alguns grupos populacionais, subdividiu-se a RAS em cinco redes temáticas prioritárias para direcionar estratégias adequadas a cada público. Com essa subdivisão criou-se: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a).

No que condiz a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC), essa foi instituída pela portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, com a finalidade de direcionar ações multiprofissionais, atendimento humanizado, com participação social, equidade e apoio ao autocuidado para estabelecer cuidado integral, nos diversos pontos de atenção, com ações "de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde" (BRASIL, 2014b, p. 50). Entretanto, ressalta-se que esta portaria não aborda ações voltadas às crianças e adolescentes com doença crônica, sendo uma lacuna para assistência em saúde dessa população.

A implantação da RAS se dá por meio do diagnóstico situacional realizado após observação da realidade de uma determinada população com identificação de suas necessidades de saúde. Neste sentido, as RAS e seus três elementos constitutivos - a população da região de saúde, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde - devem ter seus serviços e ações organizados em níveis de complexidade tecnológica adequados para atender às necessidades de saúde identificadas na população (SANTOS, 2017). Não obstante, a população da região, é inserida como responsabilidade sanitária e econômica da rede de atenção, pois é necessário elencar prioridades de saúde, considerando os riscos de implementação, avaliação e intervenções sanitárias, que visem promover e contribuir com a qualidade de vida de uma determinada população (BRASIL, 2015a).

Já a estrutura operacional é formada por pontos de articulação, denominados de nós. Cada ponto tem sua função e responsabilidade para com a população envolvida na rede (MENDES, 2010; BRASIL, 2015a), a saber:

1. APS: centro de comunicação com objetivo de coordenação os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde;
2. Atenção secundária e terciária: ofertam serviços especializados à população, complementando as ações da APS;
3. Sistemas de apoio: disponibilizam serviços para o suporte diagnóstico e terapêutico a todos os pontos de atenção à saúde;
4. Sistemas logísticos: garantem a organização dos fluxos de informações e dos usuários, tendo ligação direta com a referência e contrarreferência;
5. Sistema de governança: responsável pela gestão de todos os componentes da RAS.

Todavia, para que a RAS seja implementada em sua plenitude, é necessário que esteja ancorada em um modelo de atenção à saúde, que garanta compartilhamento eficaz de informações e produtos, além de um fluxo e contrafluxo regulado de pessoas nos cinco pontos de atenção à saúde (OPAS, 2011).

No que diz respeito aos modelos de atenção à saúde, estes configuram-se como:

[...] sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em uma determinada sociedade (MENDES, 2010, p. 2302).

Os modelos de atenção à saúde podem ser voltados para os eventos agudos ou crônicos. No entanto, considerando a tripla carga de doenças apresentada no cenário brasileiro, Mendes

(2012) concebeu um modelo que suprisse as necessidades das pessoas que convivem com doença crônica adaptado a lógica do SUS, o qual denominou de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Esse foi pensado a partir da lógica de três outros sistemas de atenção: o *Chronic Care Model* (CCM), o Modelo da Pirâmide de Risco e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead. Todavia, cabe salientar, que este é um modelo conceitual ainda não implementado no SUS.

O MACC, ao agregar elementos voltados às condições agudas e crônicas, possibilita tanto o processo de identificação de sinais de alerta e de alterações em tempo hábil, visando a necessidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência, orientando o ponto de atenção à saúde mais adequado (OLIVEIRA, 2016), quanto os aspectos inerentes ao acompanhamento, continuidade e longitudinalidade do cuidado, atributos necessários aos que convivem com a cronicidade. O MACC teve como elemento basilar em sua concepção o CCM, assim como também foi adaptado e sofreu variações em outras partes do mundo (MENDES, 2012).

O CCM é composto por seis elementos, divididos em dois campos. Um dos campos é o sistema de atenção à saúde, que enfatiza a necessidade da realização de mudanças na atenção à saúde, de atentar para o modo como os serviços são prestados, de possibilitar o suporte para a tomada de decisão, de existir um bom funcionamento do sistema de informação clínico e a de realizar o autocuidado apoiado. No outro campo, a comunidade, o cerne encontra-se na articulação dos serviços de saúde da rede com os recursos disponíveis na comunidade (MENDES, 2012).

No que diz respeito à atenção à comunidade, pode-se entender que a implementação do modelo de atenção precisa considerar as características do adoecimento dos indivíduos. As comorbidades crônicas, por exemplo, são responsáveis por incapacidades, momentos de agudização da doença e altos custos à saúde, requerendo um cuidado contínuo para a população, inclusive, a infantil (SILVA *et al.*, 2017a; SILVA *et al.*, 2018).

Ao remeter às primeiras políticas de saúde voltadas à criança e ao adolescente no Brasil, pode-se perceber seu direcionamento ao cuidado como algo curativo, centralizado no processo de doença e cura. No entanto, essa perspectiva começou a ser transpassada ao passo que o foco das atuais diretrizes do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica está relacionado a um sistema que oriente, acompanhe, monitore, trate e reabilite esse público em todo o seu crescimento e desenvolvimento (MOREIRA *et al.*, 2017), como propõe a PNAISC (BRASIL, 2018).

Essa iniciativa visa promover e proteger a saúde da criança, utilizando de cuidados integrais, humanizados e multiprofissionais, desde a gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (BRASIL, 2018). Apresenta estratégias para a melhoria da atenção à saúde da criança em sete eixos, dentre os quais está inserido o eixo de atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. Existem algumas estratégias apresentadas, tais como: a atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e o fomento da atenção e internação domiciliar, porém, ainda é preciso ampliar as estratégias direcionadas às crianças com doenças crônicas (BRASIL, 2015a).

A garantia desses direitos em saúde é importante, tendo em vista que, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral, assim como do poder público, assegurar o direito à saúde desse perfil populacional (BRASIL, 2019). Esse papel é reforçado, principalmente, se estas possuem demandas de cuidados frequentes e contínuos, como é o caso das crianças/adolescentes com doença crônica.

Nesse sentido, ao pensar nas diretrizes atuais que balizam o cuidado em saúde a esse perfil, como a RPDC e a PNAISC, entende-se que a APS, configura-se enquanto coordenadora do cuidado, ordenadora do fluxo e contrafluxo dos usuários na rede, porém, necessita que as equipes de Saúde da Família (eSF) fortaleçam a comunicação entre si e com os serviços de saúde dos níveis secundário e terciário. Essa comunicação é essencial não apenas para suprir as suas necessidades de saúde das crianças e dos adolescentes com doença crônica e suas famílias, mas para garantir o seu acompanhamento e monitoramento a partir de um sistema de referência e a contrarreferência efetivo, que possa manter a continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

2.2 Sistemas logísticos no SUS e a referência e contrarreferência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças crônicas

Os sistemas logísticos são compostos por ferramentas tecnológicas, advindas das Tecnologias de Informação (TI), porém, quando aplicados à saúde tem sua base a partir do modelo de atenção à saúde vigente em determinado local. O que determina se serão efetivos é a coerência entre o tipo de tecnologia escolhida e o modelo de atenção, mesmo que não estejam disponíveis as mais modernas tecnologias. Desse modo, sua implantação deve partir do que se tem disponível no mercado da TI e se adequa à lógica do sistema de saúde (OPAS, 2011).

Uma das estratégias utilizadas pelo sistema logístico é o sistema de referência eletrônico para assegurar o fluxo oportuno das informações com critérios de transição baseados em evidências (MENDES, 2012). Uma revisão sistemática da literatura apontou para a necessidade urgente do desenvolvimento e avaliação da comunicação multidisciplinar por meio de tecnologias aprimoradas que permitam o espaço colaborativo entre os ambientes de cuidados e facilite a continuidade do cuidado centrado na pessoa (NIAZKHANI *et al.*, 2020).

Todavia, nem sempre o modelo de atenção à saúde tem condições estruturais e organizacionais para gerir esses mecanismos na prática, o que pode ser transposto com o uso de ferramentas básicas. Como exemplo dessas ferramentas que são mais facilmente difundidas têm-se o caso do papel, do telefone, fax (MENDES, 2012) ou correio eletrônico.

No entanto, mesmo com a possibilidade de ferramentas, como um formulário físico próprio, estudo evidenciou fragilidade no fluxo e desarticulação dos serviços no atendimento às pessoas com doenças crônicas no Brasil (NÓBREGA *et al.*, 2017). Isso pode ser um dos fatores que contribuem para o funcionamento ainda ineficiente das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O estabelecimento prático das RAS pressupõe que a integração entre os serviços de saúde deve ocorrer mediante a comunicação entre os níveis de atenção, buscando garantir a continuidade da assistência (CHAVES *et al.*, 2018). Porém, os profissionais enfrentam desafios no que tange a resolutividade e agilidade do manejo de casos que necessitam de assistência especializada. Estudo reforçou esse achado ao evidenciar que as dificuldades da atenção frente a referência de adolescentes era a escassez de vagas para a atenção especializada, com espera de até cinco meses para a consulta (TORRALBO; JULIANI, 2016). De igual modo, outra pesquisa, realizada em João Pessoa, evidenciou que lacunas na comunicação entre os profissionais/gerentes/serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde, associados à falta do preenchimento da contrarreferência, interferia na continuidade do cuidado de criança/adolescente com doença crônica (VAZ *et al.*, 2018).

Em geral, documentos que versam sobre a organização das RAS no SUS afirmam a importância do sistema de referência e contrarreferência. Esse, como parte dos sistemas logísticos, tem como sua finalidade propiciar o funcionamento adequado entre os níveis da rede de atenção, com a efetiva comunicação, assistência qualificada, foco na continuidade do cuidado, de forma operacional e organizada. Porém, quando fragilizado, pode ser conceituado como um conjunto de serviços, que funcionam de forma fragmentada, com ausência de comunicação entre os níveis de atenção, sem continuidade do cuidado (MENDES, 2010).

Diante desse contexto, percebe-se que nesse sistema o processo de compartilhamento de informações entre serviços/profissionais de saúde é algo essencial para tentar garantir o

cuidado e sua continuidade pela RAS. É preciso compreender a proposta de RAS, a fim de integralizar, organizar e articular os serviços, tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Em uma pesquisa internacional que contou com 16 países latinoamericanos identificou-se que 13 deles - Bolívia, Brasil, Colômbia, Chile, Cuba, El Salvador, México, Paraguai, Peru, Puerto Rico, República Dominicana, Venezuela e Panamá - possuíam um sistema de referência e contrarreferência a nível nacional, por meio de referência interinstitucional por convênios de cooperação ou pagamentos sub-rogados pelos serviços prestados. Contudo, quando o assunto era a sua implementação, apenas quatro (Chile, Cuba, México e Panamá) possuíam mecanismos bem estruturados das referências recebidas no hospital e das contrarreferências feitas às unidades de origem. Os três em que não houve realização de referências de pacientes interinstituições foram Bolívia, El Salvador e República Dominicana (ORTEGA *et al.*, 2016).

O sistema de referência e contrarreferência, utilizado atualmente no Brasil, possui portarias e documentos que regulamentam e orientam o fluxo de informações, mas que não são suficientes para garantir a continuidade do cuidado dentro da RAS. Tampouco esses documentos têm garantido comunicação efetiva entre profissionais e serviços de saúde (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

No que condiz à contrarreferência entre sistemas, essa é tão importante quanto a referência, pois o profissional que encaminha o usuário por meio dela confirma seu atendimento e acompanha, garantindo a continuidade do cuidado nessa integração entre os serviços de saúde (ORTEGA *et al.*, 2016). É preciso refletir sobre essa atenção e ter profissionais preparados para o cuidado integral às crianças e adolescentes com doenças crônicas de modo a fortalecer a rede de atenção para que o itinerário terapêutico seja resolutivo.

Diante disso, sabe-se que a criança ou o adolescente com doença crônica pode apresentar no decorrer do seu crescimento e desenvolvimento, empecilhos no funcionamento de algumas de suas funções e, isso pressupõe uma atenção priorizada no sistema de saúde, visto que todo o seu cotidiano e de sua família é alterado e requer um cuidado ampliado (BARBOSA *et al.*, 2016).

Quando necessária, a hospitalização, apesar de seus benefícios, oferece riscos à saúde física e psíquica, principalmente para crianças, gerando dentre outras possibilidades, ansiedade, sensação de abandono, além de vários procedimentos invasivos dolorosos. As crianças com doenças crônicas podem apresentar alterações relacionadas à função corporal e limitações que prejudicam seu desenvolvimento (GRIGOLATTO *et al.*, 2016).

O ato de referenciar crianças e adolescentes para um serviço secundário e/ou terciário requer uma magnitude de pensamento profissional, um olhar ampliado e voltado à prestação de cuidados. É preciso garantir que essa população, quando referenciada pela atenção primária, seja devidamente atendida nos níveis secundários e terciários, e acompanhada continuamente na rede. Para tal, faz-se necessário que a contrarreferência seja preenchida corretamente e devolvida para o serviço que a referenciou, de forma que haja integração e comunicação entre esses serviços/profissionais de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Quando se refere ao controle do prontuário clínico eletrônico em unidades de APS, diversos países latinoamericanos, como Argentina, Bolívia, Cuba, El Salvador, Nicarágua, Paraguai e Venezuela, não o possui. No Brasil, Peru, Colômbia, República Dominicana e Costa Rica, este existe em apenas algumas regiões dos países (ORTEGA *et al.*, 2016).

Na maior parte do Brasil, o mecanismo de articulação entre esses serviços é mediado por um instrumento de papel. Esse, se preenchido adequadamente e funcionalmente, compõe um dos passos primordiais para a consolidação do cuidado integral à saúde da criança e do adolescente com doença crônica (CHAVES *et al.*, 2018).

No entanto, estudos demonstram que esse instrumento não tem trazido efetividade no encaminhamento das crianças e adolescentes para outros serviços de saúde, nem tem retornado com informações referentes ao atendimento recebido na RAS. Há lacunas no preenchimento do instrumento de referência e contrarreferência, que fragilizam o funcionamento desse sistema. Como evidenciado em pesquisa, diversos fatores contribuem para isso, como: falhas na comunicação entre os profissionais de saúde, ausência de capacitações para usar o instrumento e manuseá-lo, responsabilidade e adesão dos profissionais de saúde que realizam o cuidado e não integração entre os serviços de saúde (BRONDANI *et al.*, 2016; FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Esse déficit na comunicação entre os profissionais de saúde gera informações incompletas ou incorretas e aumentam a chance de eventos adversos, podendo levar a tratamentos que poderiam ter sido evitados, hospitalizações não planejadas e custos extras ao sistema. As causas subjacentes incluem falta de compreensão das necessidades do usuário, falta de diretrizes, falta de um sistema de informação eletrônico compartilhado ou fatores relacionados ao paciente, como analfabetismo ou vergonha de falar (HESSELINK *et al.*, 2014).

Sabe-se que para que um sistema de referência funcione necessita, minimamente, de informações básicas. Dentre elas: nome completo do indivíduo, data de nascimento, contato, nome e contato do especialista, razão da referência, breve descrição do problema, resultados

de exames mais recentes, duração e situação dos tratamentos recomendados, perguntas de interesse do profissional que refere, diagnósticos primário ou secundário, plano de cuidados definido em comum acordo com o usuário, monitoramento proposto pelo especialista e data (MENDES, 2012).

Contudo, frequentemente a comunicação entre os diferentes níveis de atenção tem ocorrido unilateralmente, exibindo um déficit no fluxo do sistema de referência e contrarreferência de crianças e adolescentes com doença crônica na RAS (VAZ *et al.*, 2020). Corroborando, neste aspecto, pesquisa desenvolvida em um município do interior do estado de São Paulo, em que a referência se apresentava adequada, porém a contrarreferência era escassa, gerando uma má comunicação no atendimento ofertado na RAS, em todos os níveis de atenção à saúde. Os autores apontaram para a necessidade de investigar o motivo que leva os profissionais a não preencherem tal instrumento, e as razões que causam a má comunicação e integração na RAS (FITTIPALDI NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

Desse modo, no que tange ao atendimento de crianças/adolescentes com doença crônica, é preciso refletir sobre o instrumento que é utilizado nos diferentes pontos da RAS para registrar e garantir que o fluxo de informações do usuário seja adequado. A partir desse contexto, surgiu o interesse em identificar a percepção dos profissionais, que atendem crianças e adolescentes com doença crônica e suas famílias na RAS, relacionada ao instrumento de referência e contrarreferência padrão adotado no município estudado, a fim de subsidiar novas reflexões sobre a comunicação e a qualidade do cuidado à essa população.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Natureza da Investigação

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, com a finalidade de analisar o instrumento de referência e contrarreferência (ANEXO A) utilizado na Rede de Atenção à Saúde de município paraibano, no cuidado à criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde. Esta pesquisa fundamentou-se teoricamente nos conceitos de Sistemas Logísticos em redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS (OPAS, 2011) e de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2012). Ambos, foram propostos sob a coordenação e/ou autoria de Eugênio Vilaça Mendes, grande estudioso em Saúde Pública no Brasil. Esse autor é o responsável por uma coletânea de manuscritos em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que versam sobre: redes de atenção à saúde, inovação nos sistemas logísticos e sistema de referência e contrarreferência, modelos de atenção à saúde, gestão, financiamento e organização do SUS.

O objetivo deste estudo corrobora com a temática produzida por esse autor, por refletir e questionar que os principais problemas de saúde pública poderiam ser resolvidos mediante a organização de todos os serviços oferecidos pela RAS dentro do SUS. Mendes defende que a fragmentação de ações de cuidado no SUS dificulta a continuidade da assistência à saúde, e que a RAS precisa se comunicar frequentemente, utilizando os recursos que forem possíveis (MENDES, 2015).

No que concerne aos estudos descritivos, esses possibilitam observar, desenvolver, apresentar e elencar peculiaridades em uma população delimitada e maior detalhamento do que se pretende estudar. Já a pesquisa exploratória traz consigo o que é imprescindível no mundo da pesquisa, as descobertas, levando o estudo a novos olhares e saberes, buscando um aprofundamento da temática (PEREIRA *et al.*, 2018).

A abordagem qualitativa, apresenta a possibilidade de avaliar, estimar, atribuir valores que não são mensuráveis, alcançando em seus resultados a complexidade humana. Além disso, permite conhecer a linguagem, as expressões, a interação entre os indivíduos e a opinião de cada um que está vivenciando a pesquisa (SILVA; SILVA; MOURA, 2018).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um município paraibano, que dispõe de 809.000 habitantes, na região nordeste do Brasil (IBGE, 2021). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) apresenta como responsabilidade o gerenciamento, a organização, a provisão e a administração dos serviços de saúde da cidade, ofertando políticas, projetos, ações de educação permanente e uma gestão com fluxo referenciado pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

A SMS administra as Redes de Atenção à Saúde e conta com cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS), com um total de 97 Unidades de Saúde da Família (USF), com suas respectivas 203 Equipes de Saúde da Família (eSF), e uma Unidade Básica de Saúde (UBS); Serviços de atenção intermediária nas urgências e emergências, que são quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA); atenção secundária especializada, que são cinco Policlínicas Municipais de Saúde, e um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), que buscam integralizar o cuidado em saúde nas especialidades. Além disso, o município em estudo possui a atenção terciária, que corresponde a unidades hospitalares da cidade e maternidades (SMS, 2020). O presente estudo foi realizado no contexto da RAS desse município, abrangendo os níveis primário, secundário, terciário e de urgência.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser médico ou enfermeiro, pertencer ao quadro permanente de funcionários da Rede de Atenção à Saúde do município; atuar em um dos níveis de atenção (primário, secundário, terciário ou de urgências); atender crianças e/ou adolescentes com doença crônica e ter experiência profissional de no mínimo seis meses. Considerou-se esse tempo de experiência para possibilitar o profissional ter vivenciado momentos de utilizar o instrumento de referência e contrarreferência na atenção às crianças/adolescentes com doença crônica.

Para os critérios de exclusão, foram considerados os profissionais de saúde que estavam de férias ou licença médica no período da coleta de dados. Os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, como dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e outros que atuam no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) não foram incluídos.

3.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre junho e outubro de 2020. Para iniciar a captação dos profissionais, devido ao momento de distanciamento social, foram realizados contatos telefônicos com a Gerência de Educação na Saúde (GES/SMS) e, posteriormente, enviado um correio eletrônico com a documentação para autorizar a realização de coletas de dados *online* com os profissionais dos serviços de saúde do município.

Após isso, foram encontrados os endereços eletrônicos disponíveis no site oficial da SMS dos gestores de cada serviço de saúde municipal, e esses foram solicitados a intermediarem o contato com os médicos e enfermeiros de suas equipes, por meio do encaminhamento de e-mail com: a carta-convite (APÊNDICE A); o *link* para o formulário de captação profissional, hospedado na plataforma do *Google forms* (APÊNDICE B), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Porém, os gestores não responderam aos e-mails enviados nem houve o recebimento de respostas ao formulário. Sendo assim, buscou-se na internet os contatos telefônicos dos diferentes serviços de saúde a serem incluídos neste estudo, para o contato com seus respectivos gestores, os quais preferiram encaminhar os documentos da pesquisa aos participantes em potencial por meio de aplicativo de mensagens online.

A técnica de coleta de dados selecionada foi a de *Snowball*, em que os participantes iniciais (sementes) de um estudo indicam novos participantes e assim sucessivamente, até que fosse alcançado o objetivo proposto (COSTA, 2018). Sendo assim, 37 profissionais que demonstraram interesse em participar do estudo, foram considerados “sementes” e solicitados a fornecer a indicação de e-mail de um colega que atendesse aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Entretanto, apenas um participante retornou o e-mail com essa indicação. Esse, por sua vez, preencheu o formulário, porém, não indicou outro profissional, finalizando assim, as ondas de indicações.

Dessa forma, com vistas a aumentar o alcance da divulgação da pesquisa, após a flexibilização das medidas de combate ao coronavírus, a pesquisadora foi presencialmente a diversos serviços da rede de saúde municipal para solicitar diretamente aos gestores os contatos dos profissionais médicos e enfermeiros de seus serviços. Dessa forma, apenas alguns gerentes se dispuseram a repassar e-mails, totalizando 203. Destes, 19 eram inválidos, e dos 184 restantes apenas 20 responderam ao formulário. Por fim, totalizando 58 formulários preenchidos, percebeu-se que um não pertencia a categoria profissional estabelecida e nove não atendiam crianças/adolescentes com doença crônica em seus serviços de saúde, resultando em 48 profissionais considerados elegíveis para serem entrevistados.

A partir disso, enviou-se a carta-convite para esses profissionais, junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após este contato, retornaram 11 indivíduos que aceitaram participar da pesquisa. Os quais representaram os serviços de atenção primária, secundária, terciária e de urgência.

As entrevistas ocorreram de forma remota, via dois aplicativos de mensagens online a depender da escolha do participante. As Entrevistas em Profundidade (EP) são um espaço de relação entre o pesquisador e o entrevistado, caracterizado por diálogos e conversas de um tema específico, a fim de analisá-lo em profundidade, destacando seus significados. Tendo em vista que a pesquisa qualitativa visa a subjetividade nas respostas, o participante deve ser o protagonista e expressar suas opiniões e experiências sobre a temática relacionada a pesquisa (MOREÍ, 2015). Esta técnica tem sido utilizada em pesquisas na área da saúde e oferece riqueza, flexibilidade e espontaneidade na fase da coleta de dados (GATTI *et al.*, 2015).

As entrevistas foram gravadas em aparelhos eletrônicos ou plataformas digitais, com duração média de 60 minutos e guiadas por um roteiro, dividido em duas partes. A primeira reforçando o perfil profissional e a segunda com quatro questões norteadoras: 1 - Como você avalia o instrumento de referência e contrarreferência utilizado atualmente no município especificamente para as crianças e adolescentes com doença crônica? 2 - Que dificuldades ou limitações você enfrenta no processo de preenchimento desse instrumento? 3 - Qual a sua opinião quanto ao processo de integração dos serviços e fluxos de informação por meio do instrumento de referência e contrarreferência utilizado para criança e adolescente com doença crônica? Comente os aspectos positivos e negativos do instrumento. 4- Que sugestões e informações você daria para melhorar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado atualmente no município, especificamente para as crianças e adolescentes com doença crônica? (APÊNDICE D).

O encerramento da coleta de dados ocorreu mediante o critério de saturação, conforme afirma Minayo (2017, p. 5): “a certeza do pesquisador de que, mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões”. As entrevistas, após transcritas na íntegra, foram enviadas aos participantes, via aplicativo de mensagem online, para leitura e confirmação dos registros. Todos os participantes concordaram com as transcrições de suas falas, validando as entrevistas.

3.5 Procedimentos de análise de dados

O material empírico oriundo das entrevistas em profundidade foi submetido à técnica de Análise Temática Indutiva (ATI). Este tipo de verificação permite avaliar de maneira qualitativa determinados conteúdos, referentes a falas, entrevistas coletivas, dentre outros modos de comunicação (BRAUN; CLARKE, 2013).

A ATI possibilitou dar significado às vivências experimentadas durante a pesquisa e propiciou a compressão efetiva dos relatos dos participantes (BRAUN; CLARKE, 2013). “Trata-se de um processo que demanda uma atitude recursiva, com movimentos de vaivém, conforme a necessidade, por meio de todas as etapas. É, por fim, um processo que requer tempo e não deve ser apressado” (SOUZA, 2019, p. 56).

A técnica é organizada em seis etapas: familiarização com os dados; gerando códigos iniciais; buscando temas; revisando os temas; definindo e nomeando os temas; e produzindo o relatório (BRAUN; CLARKE, 2013).

Após a realização das entrevistas, iniciou-se a primeira etapa, em que ocorreu a familiarização dos dados, com audição das gravações e consequente transcrição na íntegra das entrevistas. Depois da organização e limpeza do texto, houve a validação das entrevistas pelos participantes. Em seguida, durante sucessivas leituras foram surgindo as primeiras impressões dos resultados. Já na segunda etapa, realizou-se a identificação e a criação dos códigos, organizando o material com legenda e cores aleatórias para facilitar a construção do quadro síntese segundo suas afinidades. Na terceira etapa, houve a busca por temas, em que os códigos foram agrupados de acordo as cores, para visualizar os extratos das entrevistas e possibilitar a divisão do quadro síntese em tema geral e subtemas com os respectivos extratos das entrevistas observando o contexto do conteúdo e a coerência dos primeiros temas/subtemas construídos.

Na quarta etapa ocorreu a revisão dos temas que haviam sido construídos na etapa anterior, com releituras a fim de observar se os mesmos respondiam ao objeto de estudo e refinar os resultados. Na quinta etapa construiu-se um mapa temático com a síntese dos resultados encontrados (Figura 1), permitindo a visualização dos resultados consolidados e a interpretação dos dados na sexta etapa.

Buscando garantir o anonimato, os extratos das entrevistas dos profissionais foram codificados, utilizando as letras “E” para Enfermeiro(a) e “M” para Médico(a), seguidas por uma numeração de 1 a 11, conforme a sequência das entrevistas, além do nível de atenção à saúde que estes atuam na RAS.

3.6 Aspectos éticos

O estudo atendeu às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/2016 (BRASIL, 2016) do Ministério da Saúde, que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Cabe salientar que este projeto está vinculado ao projeto maior, Sistema de Referência e Contrarreferência nas Redes de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas, o qual possuía autorização para coleta de dados nos serviços municipais solicitados (ANEXO B). Com essa autorização prévia, este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob CAAE: 30673720.6.0000.5188, Protocolo nº 4.003.220 (ANEXO C) e Emenda nº 4.563.998 (ANEXO D), que autorizou a coleta de dados de modo virtual. A pesquisadora comprometeu-se a seguir rigorosamente a legislação supracitada vigente no país, por meio de termo de compromisso (APÊNDICE E).

Para todos os participantes da pesquisa foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo o objetivo e procedimentos do estudo, além de informações sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento e garantia do anonimato e sigilo de informações. Apresentaram-se aos participantes os riscos mínimos previsíveis no referido estudo que foram: risco de desconforto e constrangimento ao serem abordados aspectos relacionados aos seus processos de trabalho. Tal risco pode ser diminuído por meio da explicação acerca da pesquisa, além da garantia do anonimato das informações, mediante codificação da categoria profissional dos participantes. Os benefícios esperados com este estudo foram os subsídios para a melhoria do instrumento utilizado no sistema de referência e contrarreferência no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica, de modo a facilitar o preenchimento por todos os profissionais de saúde, permitindo o fluxo e contrafluxo de informações e a integração dos serviços nas redes de atenção à saúde.

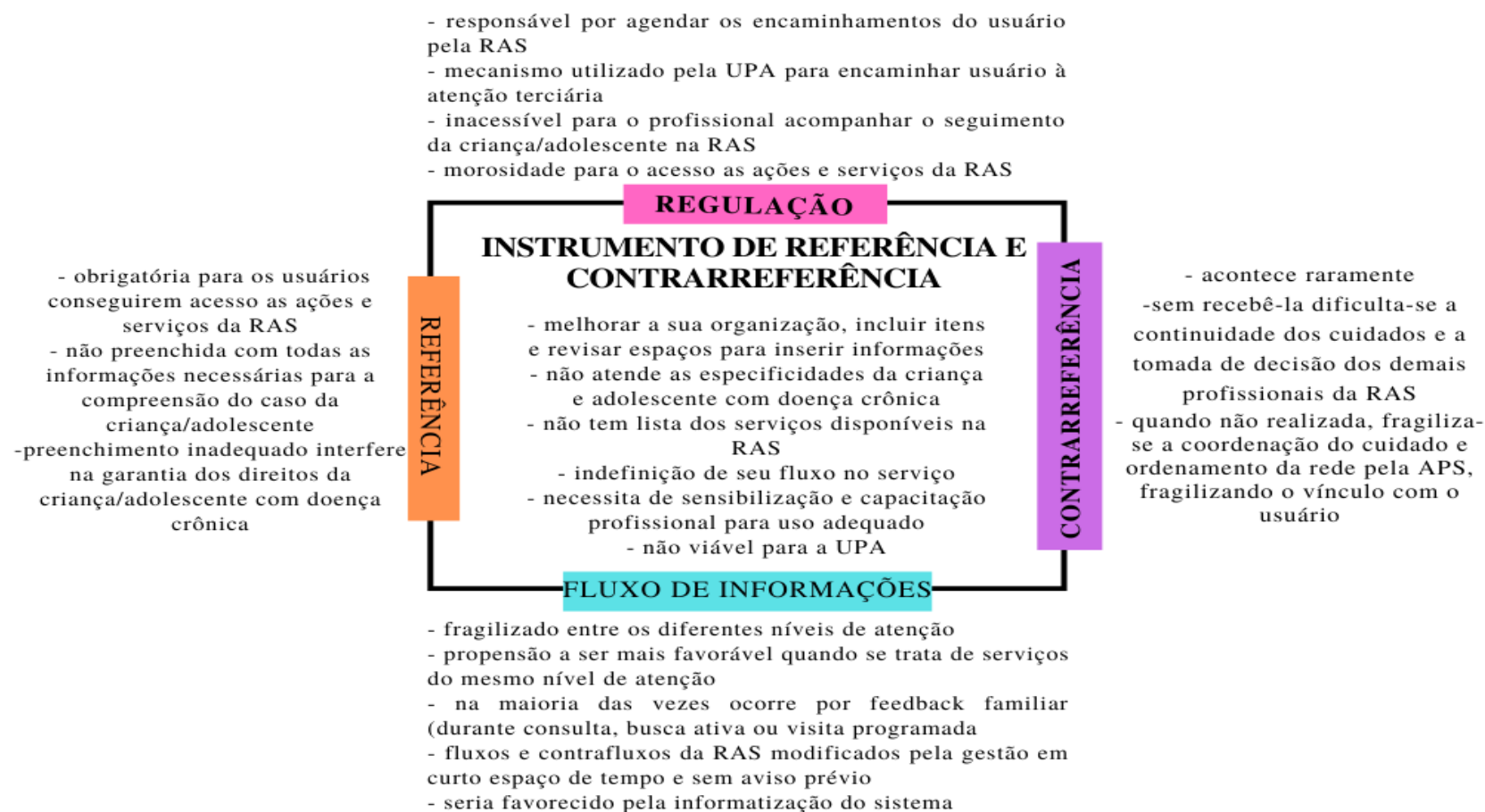
4 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 11 profissionais de saúde, sendo sete do sexo feminino e quatro do masculino. Destes, seis atuavam na atenção primária, dois na atenção ambulatorial especializada/policlínicas municipais de saúde, dois na atenção às urgências/Unidade de Pronto Atendimento do município e um na atenção terciária/hospital municipal infantil de referência para crianças e adolescentes. Em relação à formação, sete eram enfermeiros e quatro médicos. As idades variaram entre 27 e 66 anos. Quanto ao tempo de atuação na rede de atenção à saúde, o período foi de 6 meses a 24 anos. Enquanto o tempo que atendem crianças e adolescentes com doença crônica foi de 6 meses a 17 anos. Os profissionais de saúde tinham de um a 40 anos de formados. Os participantes possuíam especializações em diferentes áreas, sendo três em obstetrícia, dois em saúde da família e comunidade, um em cardiologia, um em radiologia, dois em pediatria e neonatologia, um em saúde coletiva, e um profissional não possuía especialização.

A partir da interpretação dos resultados foram identificados dois temas, conforme apresentado na figura 1, a saber: **Instrumento de referência e contrarreferência na perspectiva dos profissionais de saúde da RAS**, que traz o olhar para o seu conteúdo e formatação, bem como a percepção desses na sua aplicação prática nos serviços das redes, enquanto ferramenta do sistema de referência e contrarreferência; e **Reflexos das fragilidades do instrumento no sistema de referência e contrarreferência da RAS**, no qual abordam-se as repercussões das lacunas relacionadas ao instrumento que interferem no processo de trabalho dos profissionais de saúde e no fluxo de informações entre os serviços das redes.

Figura 1 - Mapa temático dos resultados consolidados a respeito do instrumento de referência e contrarreferência, conforme a percepção dos profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes com doença crônica. João Pessoa, PB, Brasil. 2020.

Sistema de referência e contrarreferência: deficitário para a atenção à criança e adolescente com doença crônica



4.1 Instrumento de referência e contrarreferência na perspectiva dos profissionais de saúde da RAS

O instrumento de referência e contrarreferência configura-se como uma das ferramentas utilizadas pelo sistema logístico das RAS para que ocorra o fluxo de informações entre os serviços. Este instrumento deve conter informações sintetizadas sobre a história clínica pregressa e atual do usuário, bem como os tratamentos realizados a fim de que se possa garantir a continuidade do atendimento em outros serviços da rede. Nesse tema foram evidenciados dois subtemas: aspectos estruturais e de conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência; e o instrumento na prática assistencial enquanto ferramenta do sistema de referência e contrarreferência da RAS.

4.1.1 Aspectos estruturais e de conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência

Os aspectos estruturais e de conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência podem influenciar o fluxo de informações entre os serviços da RAS. Dentre os que podem influenciar negativamente encontra-se o espaço insuficiente para inserir as informações necessárias sobre o usuário e sua condição de saúde, mais especificamente o espaço da justificativa do encaminhamento. Esse espaço no instrumento utilizado no município em foco foi enfatizado pelos profissionais de saúde, por ser um espaço curto e limitado para descrever as peculiaridades da assistência prestada à essa clientela.

Eu acredito que a parte de cima [do instrumento] está boa. Agora, a parte da justificativa [do instrumento] poderia ser maior, porque têm casos que estendem o número de linhas. A gente dá uma apertadinha para escrever tudinho. Acho que se apertasse um pouquinho em cima [...] exames anteriores, e diminuísse as linhas lá, descia um pouquinho para a gente colocar mais alguma coisa e enriquecer esse encaminhamento (E1 – Atenção Primária).

Eu só acho que deveria existir um espaço maior para que a gente realmente pudesse escrever por completo, principalmente quando a gente faz as referências de urgências e ali não tem espaço adequado para realmente apresentar essa necessidade da criança/adolescente (M3 – Atenção Primária).

A experiência de um modo geral com o instrumento de referência e contrarreferência é muito ruim. É um instrumento ruim, não pelo instrumento em si, ele tem todos os espaços que a gente precisa, mas acho que ele poderia ser um pouco mais organizado e ter mais espaço para conter mais detalhes,

no instrumento em si, escrito a mão (M2 – Atenção Secundária Especializada).

Já para enfermeiros da APS, o grande problema é decorrente da falta de especificidade do instrumento para o referenciamento. Esse não contém itens específicos para o público infantojuvenil, que são relevantes para o adequado entendimento e acompanhamento do caso, o que repercute na necessidade de descrever algumas informações em espaço para outra finalidade, deixando ambas informações fragilizadas.

O primeiro problema é porque não existe um instrumento específico para o acompanhamento de crianças e adolescentes com doença crônica. Ele é um instrumento usado para todo e qualquer tipo de encaminhamento, inclusive para os obstetras é o mesmo encaminhamento também. É um instrumento simples, genérico, que não há muito espaço para muita informação (E2 – Atenção Primária).

É, poderia ser mais organizado e ter outros dados de avaliação, por exemplo: peso, altura, estado nutricional, algo que a gente pudesse descrever melhor o estado do paciente. E na parte da justificativa, a gente focasse [no sentido de direcionar] no porquê de estar encaminhando aquele paciente para aquela especialidade (E3 – Atenção Primária).

A gente colocaria somente o porquê de estar encaminhando, que era melhorar justamente os dados, em relação ao estado geral do paciente, ao desenvolvimento da criança, e deixar a parte da justificativa para a gente fazer uma pontuação mais específica [detalhar as informações] (E4 – Atenção Primária).

Para o enfermeiro da atenção secundária, poderia existir um espaço para inclusão de uma avaliação qualitativa dessa criança/adolescente. No entanto, reconhece as especificidades de cada serviço quanto ao processo de trabalho.

É interessante que haja sim, esse espaço destinado para essa avaliação qualitativa do profissional, mas a gente sabe que cada realidade é uma realidade (E7 – Atenção Intermediária, Urgência e Emergência).

Para o médico, a falta de especificidade não se referia às singularidades da criança e adolescente, e sim ao fato de ser um instrumento utilizado para todos os públicos. Assim, não dão suporte às informações para as especificidades da patologia.

O instrumento foi criado de maneira geral, não divide, não tem nenhuma especificação, é direcionado para todos os públicos. Eu acho que deveria existir algo voltado para cada patologia (M3 – Atenção Primária).

Algumas crianças/adolescentes têm direito à prioridade no atendimento, seja pela doença/condição crônica ou pela gravidade clínica. Contudo, não há espaço formal para indicar o atendimento preferencial no instrumento e, por vezes, o profissional tenta criar estratégias, nem sempre eficazes, para garantir esse direito.

Falta espaço [no instrumento] para sinalizar o preferencial [prioridade de agendamento]. Eu sempre coloco prioridade. Eu coloco para idoso, crianças com diabetes, tudo eu faço para chamar a atenção [da regulação] na ficha de encaminhamento. Só assim [escrito no instrumento], prioridade, mas dizem que mesmo colocando, não vale a pena [destacar no impresso]. Eu sempre coloco, para as pessoas que precisam, ou criança, adolescente, idoso (M4 – Atenção Primária).

Como a APS é ordenadora do fluxo na RAS, apontaram para a necessidade de inclusão no instrumento de uma lista com os serviços disponíveis para dar suporte ao atendimento. Essa poderia ser inserida na parte posterior do instrumento, favorecendo o encaminhamento adequado dos casos.

Acho que poderia ser utilizada a parte de trás [do instrumento], tipo um checklist e elencar algumas doenças [listagem de doenças crônicas] e de algum serviço especializado [as opções dos serviços de referência] aonde estava indo, assim mais direcionado (E1 – Atenção Primária).

Identifica-se fragilidades na estrutura e conteúdo do instrumento de referência e contrarreferência. Essas podem influenciar sua utilização pelos profissionais de saúde dos serviços bem como comprometer o fluxo de informações no sistema logístico da RAS.

4.1.2 O instrumento na prática assistencial enquanto ferramenta do sistema de referência e contrarreferência da RAS

Na prática assistencial dos profissionais de saúde, o instrumento de referência e contrarreferência apresenta algumas singularidades, a depender do serviço da RAS. Entretanto, há um consenso quanto à percepção dos profissionais da atenção primária e secundária que o preenchimento do instrumento é inadequado, um dos fatores que fragiliza a referência e contrarreferência.

Mas a gente tem um fluxo muito pequeno de informação, principalmente pela falta de contrarreferência. A gente até encaminha, faz a referência da criança/adolescente sempre, até porque a gente tem que fazer neste instrumento, se não a mãe não marca a consulta, o paciente não vai para o acompanhamento e nós temos que fazer nesse instrumento de referência necessariamente para a marcação [...] Eu até posso mandar, mas não recebo nada de volta. Difícil, difícil mesmo, só acho que, mesmo sem ser de criança e adolescente, nesses 17 anos, eu acho que se eu recebi quatro contrarreferências, foi muito. [...] A contrarreferência não funciona (M3 – Atenção Primária).

O instrumento como ele é criado [refere-se ao atual instrumento utilizado no município do estudo], não existe a contrarreferência na maioria das vezes. Na verdade, não existe a contrarreferência. Os demais profissionais não fazem a prática disso [refere-se aos especialistas que não o preenchem], então, se torna um instrumento único e exclusivo de encaminhamento [...]. Inclusive a gente até pede [...] ao paciente [refere-se ao responsável pela criança/adolescente] que solicite ao outro sistema [nível de atenção à saúde] que mande a contrarreferência, porque é uma maneira da gente registrar no prontuário que o paciente foi atendido naquele caráter de urgência (M4 – Atenção Primária).

Mas, oficialmente é para a gente anexar [a contrarreferência] no nosso prontuário, mas a gente não recebe [refere-se a APS]. Eu mesmo não me recordo desse caso que acompanhei. A criança com diabetes mellitus foi encaminhada para o Hospital X [hospital infantil municipal], foi acompanhada por lá e depois, se não falhe a memória, ela também teve uma consulta em outro Hospital Y [hospital infantil estadual], com o endocrinologista. Ela foi e nunca nos mandaram esse retorno (E1 – Atenção Primária).

A gente acaba se habituando à falta dessas informações. No dia a dia, às vezes, eu nem busco mais determinadas informações, porque eu sei que não vai ter essas informações do paciente. Então, acaba que já está virando rotina de não ter as informações, acaba sendo o padrão (M1 – Atenção Secundária Especializada).

É um instrumento que tem algumas falhas, na maneira como ele se apresenta, mas que ao mesmo tempo não é bem utilizado [...] com relação aos profissionais médicos que utilizam esse instrumento. A gente sabe que têm profissionais que não escrevem alguns detalhes da história, apenas colocam o nome do especialista na folha de referência (M2 – Atenção Secundária Especializada).

Identifica-se pelos extratos, lacunas quanto ao preenchimento do instrumento nos diversos níveis de serviços. Essas lacunas são factíveis ao passo que na atenção secundária os

profissionais desejavam que o mesmo tivesse informações mais detalhadas sobre o caso clínico e a justificativa para o encaminhamento. Já na atenção primária o desejo era que fosse realizado o contrarreferenciamento pela atenção secundária/terciária, raridade no cotidiano.

Apesar de admitir as lacunas no preenchimento do instrumento, o profissional reconheceu também que o usuário não pode sofrer sanções em decorrência dessa falha. Dentre elas, ter o acesso aos serviços e às ações negado.

Essa cobrança [preenchimento correto do instrumento de referência], digamos assim, é inviável, porque o paciente já está lá para fazer seu exame. Você vai dizer assim: “não vou fazer, volte para o seu médico e mande ele preencher direito o papel”. Então ele vai deixar de ser atendido? Então vamos supor que são dez atendimentos na unidade [refere-se ao setor de exames específicos] numa manhã, se eu deixar de atendê-lo vão ser apenas nove pacientes. Você deixa de atender mais um usuário e quando eu vou atendê-lo novamente? Quando vai ter vaga para ele novamente? (M2 – Atenção Secundária Especializada).

Uma sugestão apontada pelos profissionais da atenção secundária para minimizar o problema foi a informatização do sistema de referência e contrarreferência. Para esses profissionais, agilizaria o processo de comunicação entre os níveis de atenção, pois possibilitaria o preenchimento automático dos dados cadastrais e clínicos, otimizando o tempo da consulta, ao inserir informações mais completas tanto no referenciamento, como também no contrarreferenciamento da criança/adolescente com doença crônica.

Se tivesse prontuário eletrônico a gente já teria os dados do paciente preenchido automaticamente, que é uma coisa que faz a gente perder muito tempo, preencher os dados do cadastro do paciente, [...] todos esses dados que são de cadastro, estariam automaticamente preenchidos no sistema informatizado. A gente só teria que preencher mesmo para quem seria essa referência, para que médico especialista essa referência iria, e o resumo do caso, para que o médico que recebesse a referência, entendesse do que se trata. E aí, automaticamente seria mais fácil a contrarreferência, por apenas preencher os espaços específicos da contrarreferência, de maneira mais informatizada (M1 – Atenção Secundária Especializada).

A primeira dificuldade é que isso [o preenchimento do instrumento] é manual. Na minha opinião, eu acho que deveria ser digital (M2 – Atenção Secundária Especializada).

Enquanto a informatização do sistema de referência e contrarreferência não se configura como realidade, evidenciou-se a necessidade de sensibilização dos profissionais dos serviços

de saúde. Essa visaria não somente a importância desse instrumento para o cuidado na RAS, mas também a capacitação para o seu adequado preenchimento.

[...] nem há estímulo para uma boa utilização, por parte da gestão municipal, nem da gestão dos serviços, [...]. Enfim, mas que houvesse uma sensibilização geral, entre os médicos, para que eles redigissem com mais detalhes, as fichas de referência e contrarreferência, seria melhor (M2 – Atenção Secundária Especializada).

Que houvesse uma maior sensibilização junto aos profissionais, principalmente aqueles que nos enviariam a contrarreferência, porque nós enviamos a referência obrigatoriamente (M3 – Atenção Primária).

Já na Unidade de Pronto Atendimento, uma realidade vivenciada pelos profissionais diz respeito à não familiaridade com o instrumento de referência e contrarreferência. Esse não é utilizado para o referenciamento e contrarreferenciamento, justificando o não uso pela dinamicidade do serviço. Nos casos em que há necessidade de referenciar para a atenção terciária o serviço entra em contato com a central de regulação; e nos casos de contrarreferenciamento para a unidade de origem há a orientação verbal para a família procurar o profissional da atenção primária ou secundária responsável pelo acompanhamento da criança/adolescente com doença crônica.

Na UPA a gente não utiliza ele [o instrumento], [...] o que a gente faz na UPA é o processo de regulação da criança, por exemplo, chegou uma criança na pediatria que precisa ficar interna [...] em hospital da rede pediátrica, [...], existe um setor de regulação que faz esse processo. [...] Até porque a criança chega em fase aguda, então é um cuidado emergencial, quando eu vou fazer essa referência, é por meio de uma recomendação. Recomendo que ela volte para unidade de saúde ou então seja atendida onde ela já é acompanhada ou se ela precisa de um cuidado mais prolongado [hospitalização], a gente faz a regulação da criança para o serviço (E7 – Atenção Intermediária, Urgência e Emergência).

Não só eu [que não tenho contato], como todos os enfermeiros da linha de frente [da urgência e emergência] não têm esse acesso [ao instrumento] (E5 – Atenção Intermediária, Urgência e Emergência).

Quanto à atenção terciária, na maioria das vezes, o instrumento configurou-se no ato da admissão da criança/adolescente no hospital como exclusividade médica. O acesso às informações nele contidas fica a cargo da disponibilização pelo profissional médico aos demais profissionais da equipe.

Se o médico tiver [na admissão da criança/adolescente], geralmente eles entregam ao médico [o instrumento de referência], nunca à enfermagem. É como se a gente não pudesse avaliar [o instrumento e a criança] [...] infelizmente, tem médico que não aceita a opinião da enfermagem. Não são todos [os médicos] infelizmente, que deixam passar por mim, eu leio lá o que está escrito [no instrumento] [...], e a gente debate, conversa. Mas têm muitos [médicos] que não fazem isso, mas outros fazem (E6 – Atenção Terciária).

Outro ponto levantado refere-se ao fluxo interno do instrumento em cada serviço. Identificou-se não existir orientações sobre esse fluxo, o que não contribui para o alcance de sua finalidade.

A gente [atenção básica] não recebe a devolutiva dos especialistas. Pelo menos eu, nesses 11 anos, nunca recebi uma contrarreferência. [...] Pior, quando o paciente entra para ser consultado pelo especialista, o especialista não tem nem acesso a essa ficha [instrumento de referência e contrarreferência], porque já ficou na própria recepção (E3 – Atenção Primária).

Desse modo, reconhece-se fragilidades relacionadas ao uso do instrumento de referência e contrarreferência na prática assistencial em diferentes pontos de atenção da RAS. Perante essa realidade, há interferência no processo de comunicação da rede decorrente da desintegração das ações no atendimento de crianças/adolescentes com doença crônica.

4.2 Reflexos das fragilidades do instrumento no sistema de referência e contrarreferência da RAS

As lacunas concernentes à estrutura do instrumento de referência e contrarreferência e ao seu uso na prática assistencial fragiliza o sistema logístico da RAS. Nesse tema que aborda os reflexos das fragilidades no sistema logístico foram identificados dois subtemas: fluxos no sistema de referência e contrarreferência: (des)integração entre os serviços da RAS; e repercussões das fragilidades do instrumento de referência e contrarreferência no processo de trabalho dos profissionais.

4.2.1 Fluxos no sistema de referência e contrarreferência: (des)integração entre os serviços da RAS

No sistema de referência e contrarreferência tanto há fluxo de informações quanto de usuários entre os serviços da RAS. Quando o assunto foi o fluxo de informações na rede, este apresentou-se sob diferentes perspectivas a depender do nível de atenção em que estava acontecendo e da organização interna do serviço.

O fluxo de informações apresentou a inclinação para ser mais satisfatório quando ocorria entre os serviços do mesmo nível de atenção, entre os especialistas da atenção secundária da mesma instituição ou entre diferentes serviços hospitalares da RAS. Nessas circunstâncias, o fluxo de informações foi considerado bem organizado.

Às vezes, com a profissional X de lá [ambulatório do hospital infantil municipal], que ela já preenche bastante o prontuário, a solicitação do exame, ela já é bem organizada, então às vezes falta alguma informação do paciente aí eu [especialista da mesma instituição] tenho acesso mais fácil lá mesmo de conseguir isso, mas se fosse de outro serviço, de outra unidade [nível de atenção] eu não tinha como fazer isso não (M1– Atenção Secundária, Especialidades).

Se a criança que estiver na UTI [Unidade de Terapia Intensiva] precisar ser transferida para outro hospital é com ele [instrumento]. A gente passa para o serviço social, o serviço social passa para eles [regulação] e eles [regulação] que tentam ligar [para regular]. O médico leva o encaminhamento, prontuário do paciente e manda um e-mail para os hospitais, que possa ser que a criança seja transferida para este ou vice-versa (E6 – Atenção Terciária).

Esse mesmo olhar não foi ratificado quando o assunto foi o fluxo de informações entre os níveis de atenção da RAS. Esse foi considerado mal estabelecido e desintegrado.

Agora, para receber, no caso, aonde eu trabalho [hospital infantil municipal] eu acho assim muito vago, [...] por exemplo, na urgência chega essa criança lá, aí ficam com o menino não sei quantas horas e o menino só piorando, piorando, mas ninguém pede vaga de UTI. Aí quando o menino realmente para [Parada Cardiorrespiratória] é que vai aquela correria, [...] ou quando eles chegam lá no PA [Pronto Atendimento] e começam a complicar, tem médico que já pede vaga logo ou até chamam o médico da UTI para dar uma avaliada (E6 – Atenção Terciária).

A integração para mim não acontece. É bem ineficiente mesmo. Quando a gente tem alguma amizade nos serviços de referência, é que a gente consegue ter um maior controle daquele caso e encaminhar a criança/adolescente (E3 – Atenção Primária).

Todavia, na maioria das vezes, esse fluxo foi considerado insatisfatório, o que não favorece a integração dos serviços para o cuidado, principalmente para a APS, cuja função é coordenar e ordenar o cuidado.

Mas o fluxo de informação e da integração dos serviços é muito pequeno, muito baixo, muito falho e muito ruim. Os serviços não são integrados de

maneira nenhuma. Os níveis de atenção primária, secundária e terciária conversam muito pouco (M3 – Atenção Primária).

É muito desorganizado [o fluxo de informação] [...]. Na referência e contrarreferência não há esse tipo de integração. É muito solto [serviços de saúde], os fluxos mudam muito (E4 – Atenção Primária).

Diante dessas fragilidades, a APS tenta conseguir algumas informações sobre os atendimentos pelos serviços referenciados por vias não oficiais como o feedback familiar. Essas tentativas, em geral, ocorrem durante a próxima consulta da família no serviço, pela busca ativa, como também pela visita programada.

O que a gente realmente sabe, são os retornos que acontecem quando seus genitores vêm e passam a informação [feedback da família] por meio do que a gente colhe, com perguntas... O que foi feito?... E aí, são os genitores que vão nos relatar. Mas do outro profissional [rede especializada]... (M4 – Atenção Primária).

Mas as estratégias que a gente utiliza são essas, a busca ativa. No caso se a família não trazer esse retorno para a gente, eu peço ao agente de saúde para ir à casa e procurar saber o que aconteceu [...]. A gente recebe o feedback mesmo da família, dizendo que foi para o lugar encaminhado [...] e traz aquele retorno (E1 – Atenção Primária).

Eles vêm com os papéis de exames que foram solicitados e quando o paciente não procura [não retorna a APS] e é um caso assim bem específico [se refere à criança e adolescente com doença crônica], a gente pede ao agente de saúde para fazer essa busca ativa e procurar saber como foi essa consulta (E3 – Atenção Primária).

Procura saber sim [da contrarreferência] pelo agente de saúde e dependendo da patologia, tem a busca ativa e a visita programada. E se for doença crônica, tem a programação deles. Por ser criança, já tem aquela atenção, é linha de cuidado mesmo, a gente tem que fazer, ir atrás (E4 – Atenção Primária).

Quando houve necessidade de se buscar informações no domicílio da família, normalmente se acionou o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse ficou incumbido de trazer essas informações na tentativa de garantir um fluxo mínimo dentro da rede.

E a gente faz a busca com os atendimentos de urgência, exemplo: o paciente [criança/adolescente] veio à unidade, precisou de um encaminhamento de urgência para uma rede especializada, fazemos, e depois a gente pede [ao agente de saúde] que seja feita essa busca ativa, para saber se esse paciente

[criança/adolescente] foi atendido, e como ele se encontra, a gente faz (M4 – Atenção Primária).

Reconhece-se a existência de fragilidades nesse processo, pois, o feedback é dependente do entendimento da família sobre o que foi abordado durante a consulta em outro nível de atenção. Essa situação ocasiona, por vezes, lacuna no fluxo pela incompletude das informações.

Ele vem [responsável da criança/adolescente] e o nível de instrução, às vezes, não permite que ele compreenda, até porque não é obrigado também, a entender da área de saúde, ele vem às vezes só com informação oral, que não vem nada escrito [contrarreferência], e muitas vezes é pelo que eles falam (M1 – Atenção Secundária, Especialidades).

Então, fica sob a descrição do paciente [responsável da criança/adolescente], o que o outro médico achou, na visão do paciente do que ele entendeu da consulta que o outro médico achou [contrarreferência], isso é péssimo, porque fica uma situação que mais uma vez, o sistema é “paciente dependente”, isso é péssimo, o sistema não pode depender dos pacientes para funcionar (M2 – Atenção Secundária, Especialidades).

Geralmente, a atenção primária tem recebido a contrarreferência somente quando há a necessidade de acionar outros serviços da RAS para a aquisição de insumos ou necessidades outras.

Em outra situação, a gente recebeu [a contrarreferência] tudo que foi feito por lá, [ambatório do hospital infantil municipal] a medicação... até porque ele precisou dar entrada para receber a insulina, que foi a Lantus, ela [mãe] também foi se informar [sobre] a documentação que precisava, porque lá eles [profissionais do hospital] não informaram, só disseram que ela tinha que dar entrada e que procurasse informação no posto [USF], e ela veio e a gente conversou [feedback] (E1 – Atenção Primária).

Identificou-se que os fluxos e contrafluxos na RAS são instáveis, pois, constantemente passam por ajustes em um curto espaço de tempo e sem aviso prévio. Assim, os profissionais ficam confusos e não conseguem realizar o adequado referenciamento dessa criança/adolescente na rede para resolutividade de suas demandas. Esse fato vem ocorrendo principalmente quando há mudança de gestão, que desfaz o que havia sido estabelecido pelo gestor anterior, sem uma avaliação das potencialidades e fragilidades desses fluxos para a rede, gerando incertezas e inconsistência sistêmica.

A gente faz um fluxo hoje, aí para semana já não tem mais aquele convênio aí já muda o território no sistema, a regulação já muda também. Não tem

[integração], *caminha muito devagar isso* [o fluxo no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde]. *E também, mudam muito as direções das linhas de atenção e parece que quando muda, some tudo que tinha construído, parece que some junto com quem era responsável. E muda muito, basta mudar o gestor, não importa o trabalho que a pessoa está fazendo, se é bom se é ruim, muda demais, fica aquele rodízio. Então quando sai, parece que se acaba ali, tudo que ele fez* (E4 – Atenção Primária).

Uma solução apontada foi a criação de setor que orientasse os fluxos e contrafluxos dos usuários na rede. Assim, facilitaria tanto para o profissional quanto para as famílias das crianças e adolescentes com doença crônica ao buscar os serviços e ações da RAS.

A importância realmente de ter um setor no sistema, nas instituições, nas unidades para acolher essas pessoas e fazer um trabalho de orientação burocrática do que o paciente deve fazer a partir dali, tem uma pré-consulta, uma pós-consulta isso não existe, na minha opinião, mais da metade dos pacientes não conseguem atingir aos objetivos, porque ou não compreendem ou não entendem ou não vão no setor certo, desistem, então é uma situação muito problemática (M1– Atenção Secundária, Especialidades).

Outra inconsistência identificada refere-se às informações transmitidas pela central de regulação. Os profissionais apontaram como uma possível causa, o fato de os profissionais que alimentam o sistema não terem intimidade com as informações da área da saúde, gerando equívocos nesse fluxo ou mesmo exagerarem na sintomatologia apresentada pela criança/adolescente para burlar o sistema e conseguirem regular a vaga.

A recepção nos serviços de saúde, das crianças e adolescentes, como dos outros pacientes, é feita por pessoas geralmente da área de informática, administrativa, com qualquer outro tipo de formação, menos de saúde [...], então quando você acaba transmitindo uma informação se ela é mal interpretada, pelo fato de não ser um profissional da área que alimenta o sistema de referência e contrarreferência acaba reverberando outra resposta (M1– Atenção Secundária, Especialidades).

Quando chegam lá [regulação], eles não colocam corretamente não [as informações no instrumento], tentam passar por cima para a gente receber de todo jeito na UTI, mas isso é ruim [...]. Às vezes muitos colocam no e-mail, coisas que a criança não está, para a gente receber [na UTI]. Tipo assim, mentem sobre as condições reais em que a criança/adolescente se encontra. Aí eles dizem assim: a criança precisa realmente de UTI, está muito dispneica [...] quando chega [a criança], está normal, vem sem oxigênio, vem andando. Não é aquilo que eles passaram. Há dificuldade nisso, porque mesmo passando pelo médico, se ele vê que a criança [...] não precisa de oxigênio, ele não vai dar vaga de UTI. Ele vai pedir para a criança passar para a

enfermaria. Mas, como eles [regulação] dizem que a criança está grave demais... e tudo aquilo... aí geralmente eles dão a vaga direto. Aí é isso que não acho correto (E6 – Atenção Terciária).

Diante do exposto, apreende-se que os profissionais compreendem a importância do instrumento de referência e contrarreferência para a sua prática clínica e profissional junto à criança e ao adolescente com doença crônica. Apesar de sua relevância como recurso metodológico e logístico de compartilhamento de informações entre os profissionais/serviços de saúde, reconhece-se que necessita de melhorias para contribuir com o processo de trabalho e favorecer a integração dos serviços de modo a qualificar o cuidado prestado na RAS.

4.2.2 Repercussões das fragilidades do instrumento de referência e contrarreferência no processo de trabalho dos profissionais

As fragilidades identificadas no sistema logístico de referência e contrarreferência da RAS repercutem no processo de trabalho dos profissionais de saúde. Essas interferem na avaliação da criança e adolescente com doença crônica e na tomada de decisão dos profissionais em todos os níveis de atenção.

Quando eu era residente, acompanhei uma criança que tinha 4 anos, [...] Fazia acompanhamento com a nefrologista pediátrica no Hospital Y [hospital infantil estadual], e vinha frequentemente para mim [acompanhamento na atenção básica], em situações de complicação, de exacerbação, [...] eu fiquei meio perdido com o acompanhamento, pois [a médica] mudou a dosagem do corticoide que ela tomava, e aí ela ia renovar a receita comigo lá, na USF, ou reavaliar como era que estava a situação dos rins dela (M3 – Atenção Primária).

Porque infelizmente, para uns, pode ser difícil de completar [...] com os dados do paciente [...], mas para outros a ausência dessas informações vai fazer muita falta, porque no meu caso faz. [...] a história familiar. [...] O histórico, o motivo do exame, às vezes, detalhes do exame físico, [vem faltando] esses detalhes são fundamentais para a gente poder juntar uma história [compreender o caso]. A grande maioria dos exames solicitados não têm informação alguma, é só assim: “ultrassonografia do abdome”, “ultrassonografia da tireoide” e não diz o porquê da solicitação (M2 – Atenção Secundária, Especialidades).

E tipo assim, eles falarem com mais clareza [no instrumento] até o diagnóstico da criança mesmo, que não tenham diagnóstico fechado, mas colocar, tipo assim, uma hipótese às vezes eles nem colocam nada. Uma hipótese diagnóstica ou se a criança já tem algum diagnóstico fechado, e às

vezes, eu não sei se eles esquecem [de preencher o instrumento]. Às vezes vem em branco os exames também, às vezes a criança faz lá [refere-se a algum procedimento] e às vezes eles não mandam [a contrarreferência]. Aí tudo isso dificulta para você avaliar (E6 – Atenção Terciária).

Os profissionais enfatizaram a necessidade de o instrumento ser preenchido pelos profissionais tanto no momento da consulta quanto ao realizar exames para contribuir na tomada de decisão dos demais profissionais na RAS. Para tanto, necessitar-se-ia do preenchimento completo e fidedigno com as informações sobre o atendimento das crianças/adolescentes com doença crônica para o adequado fluxo de informações entre os serviços da RAS.

Adicionalmente, essas lacunas no preenchimento do instrumento também não contribuem para o desenvolvimento de ações proativas. Essas visariam o preparo do ambiente e dos profissionais para cuidar adequadamente dessa criança/adolescente com doença que chegam ao serviço necessitando de atenção para suas singularidades.

É, justamente, porque ali [no instrumento] já agiliza muita coisa. Em questão de a gente montar um leito, já ficar assim mais preparada para aquele caso (E6 – Atenção Terciária).

Outro aspecto evidenciado refere-se aos direitos de algumas crianças com doença crônica acerca da prioridade no atendimento. Por não existir um fluxo adequado de informações, inviabilizou-se a implementação de ações para garantir seus direitos.

Porém, nem sempre isso acontece [prioridade no serviço de saúde], já aconteceu de eu atender criança autista e a mãe não falou que era [que o filho era autista] ou que não vinha, nas informações do atendimento [instrumento] e ele obedeceu ao atendimento normal como qualquer usuário. No caso, na solicitação que é feita a referência, se lá não tiver escrito todas as informações do paciente, você não tem acesso a nenhuma dessas informações, então acaba que o sistema de referência e contrarreferência é incompleto (M2 – Atenção Secundária, Especialidades).

Assim como interfere na garantia de direitos, obstaculiza a continuidade dos cuidados dessas crianças/adolescentes. Essa é primordial na atenção às pessoas com doença crônica.

A conduta é extremamente falha, [...] não fazem a contrarreferência, na verdade, esse é o feedback para que a gente também dê continuidade aos tratamentos da maneira que é necessária na atenção básica (M4 – Atenção Primária).

Sem o fluxo de informações, a APS não consegue avaliar adequadamente as necessidades desses usuários. Assim, a família tem a percepção que somente o especialista tem conhecimento para acompanhar o caso, desvinculando-se dos serviços de atenção primária e interrompendo o cuidado em rede.

Mas um percentual relativamente grande de pacientes que não voltam aos seus PSF [USF], não conseguem acesso ou não voltam. Quer dizer multifatorial [o problema], não vou só criticar o sistema [referência e contrarreferência], mas, às vezes, o paciente não quer voltar ao clínico porque achou que o cardiologista lhe deu um atendimento melhor (M1 – Atenção Secundária, Especialidades).

Além dos déficits no processo de trabalho, o fluxo ineficaz de informações na rede e a falta de integração de profissionais/serviços traz incertezas quanto ao alcance das ações implementadas para resolver as demandas dessa população. Em busca de respostas, novamente recorreu-se ao feedback da família.

A gente encaminha um paciente ou faz a contrarreferência, mas não sabe exatamente se o paciente vai atingir aquele objetivo. Fica muito “paciente dependente” (M1 – Atenção Secundária, Especialidades).

A falta do retorno, da contrarreferência e da informatização também é o que agrava, que a gente não sabe o que foi feito, a quantas anda. Só pela boca do paciente, da família, porque é criança e não vai saber dizer (M4 – Atenção Primária).

A burocracia da regulação quando associada às demais lacunas no sistema de referência e contrarreferência, por vezes, resultam em morosidade maior para o usuário ter acesso às ações e serviços da RAS. A exemplo, de quando não houve o preenchimento de informações no instrumento obrigatórias para o agendamento de consulta na atenção especializada, fazendo a família de criança/adolescente com doença crônica ter que solicitar o adequado preenchimento para nova tentativa de agendamento via regulação.

Agora, às vezes, eles [regulação] retornam só porque eu não coloquei, vamos dizer.... Um diagnóstico preciso. Ou então alguma coisa que volta, e o paciente volta, perde tempo, para fazer outro novamente para deixar aqui para marcar e remarcar (M4 – Atenção Primária).

A regulação do sistema de referência e contrarreferência também apresenta déficits. Dentre eles a impossibilidade de acompanhar o andamento do caso via sistema e a morosidade para a criança/adolescente ter acesso às ações e serviços.

Doença crônica, também deixa muito a desejar, por exemplo, eu mando uma criança para um serviço especializado X [pela regulação], ela volta [retorno para a atenção básica] depois de seis meses (M4 – Atenção Primária).

A gente sabe que o serviço público é lento, então daqui que ela receba o resultado, [...] enfim, dou logo o diagnóstico quando eu vejo que é uma necessidade de urgência, dela [criança] ser avaliada por um especialista que talvez demorasse muito, se fosse por vias normais, aí eu faço essa referência [de urgência] (M2 – Atenção Secundária, Especialidades).

Na tentativa de agilizar o encaminhamento, observa-se que o profissional realizou referenciamento entre especialistas, de acordo com a identificação das necessidades da criança/adolescente com doença crônica.

A regulação tem grandes responsabilidades no sistema de referência e contrarreferência. Dentre elas, a de receber a referência antes do profissional que irá atender a criança/adolescente e a de marcar consultas e exames na rede especializada para este usuário, após o encaminhamento do profissional de determinado serviço. Entretanto, os profissionais sem acesso ao andamento dos casos encaminhados via sistema, contribui-se para a desintegração da RAS.

Um sistema desintegrado, não há inteligência alguma, não há interligação das unidades a exceção da regulação que consegue fazer essa interligação. Mas é um sistema interno da própria secretaria estadual/municipal, não é acessível ao público, não é acessível aos médicos. Então o que temos é uma total desintegração, [...] falta um sistema que seja detalhado e acessível a todos os profissionais (M2 – Atenção Secundária, Especialidades).

Apreende-se que o fluxo de informações na rede tem ocorrido de modo ineficaz, repercutindo no fluxo de informações e no processo de trabalho das equipes de saúde nos diferentes pontos de atenção da RAS. Dessa forma, entende-se que as ferramentas logísticas do sistema de referência e contrarreferência necessitam de aprimoramento.

5 DISCUSSÃO

O instrumento de referência e contrarreferência, umas das estratégias dos sistemas de acesso regulado, apresenta-se deficitário para atender às demandas inerentes à criança e adolescente com doença crônica, inviabilizando uma logística adequada para a atenção integral dessa população. Quanto ao seu aspecto estrutural e de conteúdo, identificou-se a necessidade de melhor organização e revisão dos espaços para inserir informações, incluir itens que colaborem para melhor avaliação do profissional que atenderá em outro serviço da rede e uma lista dos serviços disponíveis na RAS que contemplasse às necessidades de saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas.

Segundo a OPAS, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde têm como objetivos:

organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; organizar o acesso com foco na pessoa usuária e nos seus riscos; desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação do acesso; instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso; e gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados (OPAS, 2011, p. 49).

Com isso, apreende-se a complexidade desses sistemas, no qual o instrumento de referência e contrarreferência é uma das ferramentas utilizadas. Como esses objetivos encontram-se entrelaçados, diante das fragilidades tanto estruturais e de conteúdo quanto às relacionadas ao seu uso na prática, desfavorece-se o funcionamento harmônico da RAS e a oferta de atenção integral e adequada às singularidades das crianças/adolescentes com doenças crônicas.

Estudo aponta diversas dificuldades nos sistemas de acesso regulado, a saber: oferta limitada de consultas e exames na rede especializada, precariedade da referência e contrarreferência, dificuldades na ordenação das atividades de regulação, baixa utilização/inexistência de instrumentos de encaminhamentos, estrutura precária dos sistemas de informação e comunicação, influência política na saúde e desorganização das redes de serviços (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018).

No que concerne a precariedade da referência e contrarreferência, alguns estudos mostram problemas relacionados à falta de preenchimento adequado de documentos importantes para os usuários, como os prontuários, as fichas de referência e contrarreferência, a caderneta de saúde da criança, dentre outros (AMORIM *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2019; VAZ *et al.*, 2020). Essa realidade também foi observada em outros países, como na Indonésia

e na Nigéria, nos quais observou-se que mais da metade dos documentos dos pacientes não eram preenchidos completamente (ADIZUA, 2019; IRWANDY *et al.*, 2020). O estudo nigeriano evidenciou que apenas dois por cento dos formulários foram preenchidos na íntegra (ADIZUA, 2019).

Outra investigação, chegou à conclusão que os instrumentos de referência e contrarreferência são conservadores, burocráticos e insuficientes para a sistematização da assistência nas redes de atenção à saúde, o que gera uma ferramenta pouco abrangente, que reúne informações apenas cadastrais (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Não obstante, os profissionais deste estudo apontaram fragilidades no instrumento que obstaculizam o sistema de referência e contrarreferência e, conseqüentemente, a comunicação entre os profissionais e serviços da rede de atenção à saúde.

Uma solução para alcançar a efetivação adequada do sistema de referência e contrarreferência é a informatização em saúde. Estudo identificou melhorias nos resultados de atendimento quando se utilizava os prontuários eletrônicos, especialmente para usuários com doenças crônicas. Nesses prontuários, os registros eletrônicos dessas pessoas deviam incorporar dados relacionados minimamente a três categorias: dados laboratoriais, que forneçam suporte necessário para diagnóstico, avaliação da complexidade, monitoramento da evolução do caso e prognóstico; dados relacionados a fatores de risco, complicações, diagnósticos de comorbidades e tratamentos para otimizar ou retardar a progressão da(s) doença(s), bem como documentação de encaminhamento ao especialista; e dados relacionados à percepção do conhecimento do paciente sobre sua condição; suas preferências em relação às opções terapêuticas e como está sua qualidade de vida ou estado funcional (DRAWZ *et al.*, 2015). Desde sua gênese, a RAS foi pensada nessa perspectiva de que o sistema fosse informatizado para permitir à APS o controle do acesso dos usuários e seu fluxo pelos serviços da rede (MENDES, 2011), o que até o momento encontra-se distante na realidade brasileira.

Apenas alguns sistemas da RAS já utilizam a tecnologia da informação para suas atividades, como as de prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitoramento de usuários (MONTEIRO; SANTOS; SANTOS, 2019). Apesar do atendimento em rede para pessoas com doenças crônicas necessitar prioritariamente da continuidade informacional pelos serviços (NÓBREGA *et al.*, 2017) na prática esse suporte tem sido incipiente.

Esse achado não se limita ao Brasil. Duas revisões sistematizadas da literatura apontaram que a informatização da saúde não teve a adesão esperada, devido a diversas barreiras para sua adoção e uso. Dentre elas, o conhecimento deficitário de informática, preferências por comunicação direta e estratégica; a falta de interesse ou resistência devido ao

aumento da carga de trabalho, com a adição de uma atividade que necessita de treinamento e que não oferece aumento do retorno financeiro; as preocupações com privacidade, segurança, capacidade de se comunicar de forma transparente - interoperabilidade - com todos demais sistemas de registros; a falta de recursos personalizados para condições crônicas, como espaços para as múltiplas comorbidades. Sendo assim, concluiu-se que os registros eletrônicos necessitam de um modelo de atendimento integral voltado às doenças crônicas para que possam funcionar de forma efetiva (NIAZKHANI *et al.*, 2020; TSAI *et al.*, 2020).

Ademais, é importante que essas ferramentas sejam bem compreendidas por todos os profissionais para que a utilizem de forma efetiva (MONTEIRO; SANTOS; SANTOS, 2019). Reafirma essa assertiva, estudo realizado em Vitória, estado do Espírito Santo, que avaliou prontuários eletrônicos e identificou déficits na integração dos dados nos diferentes pontos de atenção à saúde, além de falha na completude dos dados, apesar de esses serem importantes fontes de informações de saúde e epidemiológicas (RUSCHI *et al.*, 2017). Outro estudo realizado nos Estados Unidos, que analisou a qualidade da triagem de cuidados ambulatoriais por meio de registros eletrônicos médicos, também encontrou lacunas, ao passo que, apesar de oferecer eficiência administrativa em relação aos registros em papel, nem sempre se converteu em melhor qualidade de atendimento (ALAMMARI *et al.*, 2021).

Além disso, para uma boa utilização desses sistemas computadorizados, é necessário conhecimento sobre o sistema informatizado. Contudo, os profissionais de saúde tendem a pouco explorá-los e utilizá-los na descrição de suas práticas, encarando como outra demanda complexa no seu cotidiano de serviços (SANTOS; PEREIRA; SILVEIRA, 2017). Essas situações ratificam a importância de capacitações tanto para conhecer como manusear esses sistemas como para sensibilizá-los quanto a importância do uso adequado para não persistirem as mesmas fragilidades do instrumento atual quanto ao preenchimento inadequado, as quais fragilizam o fluxo de informações e podem desqualificar o cuidado das crianças e adolescentes com doença crônica.

A descontinuidade das informações no sistema de saúde tem ocasionado agravos e a adesão inadequada ao tratamento, além de aumentar os gastos na saúde, provocados por encaminhamentos desnecessários, repetição de tratamentos já realizados, além da perda do tempo crucial para a recuperação (MOLINI-AVEJONAS *et al.*, 2018). Ademais, a inexistência de um instrumento de referência e contrarreferência que atenda as singularidades de crianças e adolescentes com doença crônica, ocasiona, consequentemente, ineficiência na comunicação entre os principais pontos da rede e traz entraves para a efetivação do cuidado contínuo, longitudinal a essa população (SOUZA; NÓBREGA; COLLET, 2020).

Todavia, enquanto esse instrumento de referência e contrarreferência não é aprimorado, é imprescindível que todos os profissionais de saúde se corresponsabilizem pelo seu correto preenchimento. Essa atitude é necessária para a continuidade do cuidado da população infantojuvenil com doença crônica em toda a rede de atenção à saúde.

A falta de uma assistência singularizada e voltada para as necessidades das crianças e adolescentes com doença crônica é um dos problemas evidenciados pelos profissionais do estudo. Esse é um fenômeno preocupante, tendo em vista que, no cotidiano, quando a atuação dos profissionais está direcionada a ações para a população geral, o planejamento e implementação de estratégias específicas para a população com doença crônica fica aquém para que se alcance a integralidade do cuidado (NÓBREGA *et al.*, 2017).

Com o diagnóstico da doença crônica, a vida dessas crianças e adolescentes e de seus familiares passa por diversas modificações, que são conduzidas pelo problema de saúde e por seu tratamento. Essas mudanças estão relacionadas ao percurso realizado com um grande número de hospitalizações e a complexa cadeia de cuidados que a criança/adolescente com doença crônica necessita, sem necessariamente culminar em cura (SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma, apreende-se a necessidade de se pensar em estratégias para garantir cuidados contínuos, coordenados e integrais nos diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2015; VAZ *et al.*, 2018).

Dentre os nós para se garantir esse cuidado, relacionados ao instrumento utilizado na rede, encontra-se o fato de o mesmo ser de uso quase que exclusivo para a referência, e a contrarreferência configurar-se como raridade nesse sistema. Vale salientar, que o preenchimento de ao menos os dados básicos na referência são obrigatórios para a regulação agendar o encaminhamento e o usuário conseguir acesso às ações e serviços da rede.

Diferentemente, a incompletude ou o não preenchimento da contrarreferência, apesar de gerar prejuízos ao seguimento do cuidado à criança e ao adolescente com doença crônica na rede de atenção à saúde do município estudado, não é obrigatório. A literatura evidencia que essa realidade está presente não somente em relação à esta população específica, mas em todas as redes de atenção à saúde, a exemplo da rede para gestantes de alto risco ou pacientes com cardiopatias (CUNHA *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2019; VAZ *et al.*, 2020). Em comum, esses estudos apontaram para a vulnerabilidade das pessoas de cuidados complexos, em virtude da fragilização da RAS que não favorece a continuidade do cuidado, de forma longitudinal (CUNHA *et al.*, 2018).

As crianças e adolescentes com doenças crônicas integram os grupos de vulneráveis, por não terem seus problemas de saúde ou as singularidades valorizadas pelos profissionais de saúde, gestores e sociedade. Para superar os constantes desafios, como lacunas na comunicação

entre os profissionais/serviços de saúde, é necessário que ocorra a integração do cuidado, pois esta, é mecanismo imprescindível para a construção de uma atenção equânime e universal dentro do sistema de saúde (MENDES, 2015; VAZ *et al.*, 2018).

Um dos entraves na prática assistencial para que o fluxo de informações seja uma via de mão dupla, é a falta de estratégias dos gestores dos serviços de saúde para a cobrança do preenchimento da contrarreferência, assim como ocorre com a referência, mesmo evidenciando a necessidade que essa também seja aprimorada. A responsabilidade do preenchimento de formulários de interesse da saúde dos usuários não é apenas dos profissionais de saúde, pois os gestores devem garantir e fiscalizar a realização dessa atividade, por meio da implementação de medidas e protocolos capazes de potencializar o seu preenchimento, além de melhorar a estrutura e utilizar da tecnologia para a referência e contrarreferência (MENDES, 2015; GARRITANO *et al.*, 2020; TODT *et al.*, 2020).

Um estudo sobre a eficácia das intervenções de cuidado compartilhado em doenças crônicas, apoiadas por tecnologias da informação, evidencia efeitos positivos para intervenções baseadas em apoio à decisão em resultados financeiros e de saúde. Com a utilização de plataforma eletrônica observou-se menos readmissões e melhores resultados clínicos na assistência à saúde (KOOIJ; GROEN; HARTEN, 2017).

Estudo realizado no interior baiano aponta a dificuldade que é encontrada por profissionais de saúde em realizar a comunicação de forma efetiva por meio do sistema de referência e contrarreferência. O instrumento para tal finalidade contém informações limitadas em decorrência da simplicidade dos dispositivos informacionais, porém, é prejudicada ainda mais quando, em muitas situações, não se realiza a contrarreferência. Essas lacunas inviabilizam a integração entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2017b).

O atual instrumento de referência e contrarreferência utilizado na RAS, não tem mostrado a suficiência esperada, o que não tem garantido a coordenação do cuidado, comunicação e integração entre profissionais e serviços de saúde. Além disso, os profissionais de saúde, tampouco demonstraram valorização quanto ao processo de comunicação entre os serviços de saúde e sua interferência no cuidado à criança/adolescente com doença crônica (VAZ, *et al.*, 2019).

A situação em questão é geradora de diversos problemas, uma vez que, para alcançar um cuidado integral é crucial que os protocolos de referência e contrarreferência sejam devidamente utilizados e encaminhados entre todos os níveis de atenção à saúde. Salienta-se que a contrarreferência é de responsabilidade compartilhada entre todos os serviços, principalmente em situações de indivíduos que apresentam grandes problemas de saúde, como é o caso de crianças

e adolescentes com doenças crônicas (AIRES *et al.*, 2017). No entanto, é notório, que existe um sistema de referência e contrarreferência com limitações no contexto da continuidade do cuidado, gerada por fragilidades desde o início do atendimento pelo nível de atenção primário à saúde, ausência de comunicação e integração entre os serviços de saúde e os profissionais que atendem a população infantojuvenil com doença crônica (NÓBREGA *et al.*, 2017).

Um fator que pode influenciar essa fragilidade na comunicação dentro da rede de atenção é a valorização de práticas individualistas. Um estudo realizado em um hospital público da região sul do país identificou que os profissionais tendem a avaliar a qualidade do serviço com base em suas atividades individuais, sem considerar as práticas desenvolvidas por outros profissionais, apontando assim, lacunas para a atuação em equipe multiprofissional (WANDERBROOCKE *et al.*, 2018). Estudo confirma essa realidade, pois aponta para um atendimento centrado no modelo biomédico, tecnicista, sem compartilhamento de informação e tomada de decisões em conjunto (LINO *et al.*, 2020). Os resultados dessa investigação também trazem evidências dessa realidade, cujo acesso às informações do instrumento de referência e contrarreferência, na maioria das vezes, fica exclusivo à equipe médica, inviabilizando, por vezes, o acesso, em tempo oportuno, de outros profissionais da equipe ao seu conteúdo.

Ademais, quando se analisa essa questão a nível de rede de atenção, identificou-se que as raras vezes que o fluxo de informação entre serviços foi considerado favorável pelos profissionais, ocorreu quando se tratava da comunicação entre instituições do mesmo nível assistencial. Esse achado pode evidenciar que, na atualidade, a forma de organização hierárquica do sistema ainda está fortemente presente em detrimento da organização poliárquica, necessária para o adequado funcionamento da RAS.

Segundo Mendes (2011, p. 79), “as redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”. Nesse sentido, com a precária comunicação e integração do cuidado dentro dos serviços, o trabalho na Rede de Atenção à Saúde é fragilizado pelas lacunas nesse sistema de referência e contrarreferência (VAZ *et al.*, 2020).

Perante essa realidade, os usuários, muitas vezes, constroem seus itinerários terapêuticos sem apoio dos profissionais, tentando estabelecer os fluxos e contrafluxos na RAS para a resolutividade de suas demandas. Há uma busca direta dos usuários dos serviços da rede especializada, sem que haja a coordenação do cuidado pela APS, comprometendo a assistência dos mesmos e a comunicação entre os profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

Adicionalmente, a realidade está imersa nessas lacunas na comunicação entre os pontos da rede de atenção à saúde, evidenciada pela falta de relação entre os profissionais da atenção básica com os da atenção especializada, seja por meio do contato direto ou por meio do instrumento de referência e contrarreferência (MENDES, 2015). Desse modo, inviabiliza-se a continuidade e o compartilhamento do cuidado entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços, influenciando negativamente na tomada de decisão de profissionais responsáveis também pelo cuidado dessa criança/adolescente em outros pontos da rede de atenção.

Uma estratégia utilizada pelos profissionais de saúde deste estudo, para conseguir informações sobre as consultas da criança/adolescente com doença crônica em outro serviço da rede, é o feedback familiar. Essa estratégia tenta minimizar lacunas assistenciais por meio dessas informações dos pais ou responsáveis, fato que converge com os resultados de outro estudo que encontraram realidade similar, denotando uma contrarreferência fragilizada e não sistematizada na RAS (AIRES *et al.*, 2017).

Todavia, esse feedback dependerá da compreensão do que foi conversado com os pais/cuidadores no encontro com o profissional de saúde para uma transmissão com maior ou menor riquezas de detalhes. Além disso, o repasse de informações sofrerá influência do filtro particular do responsável pelos cuidados, que discernirá quanto a importância da mesma para o outro profissional avaliar o caso de sua criança/adolescente.

Assim, essa contrarreferência, que ocorre de maneira informal a partir de informações relatadas pelas mães/cuidadores/responsáveis das crianças e adolescentes, por vezes, não têm a precisão necessária. Isso fragiliza a comunicação, prejudica a integração e, conseqüentemente, o sistema de referência e contrarreferência, pois as informações não são repassadas de forma correta e precisa entre os diferentes pontos da RAS.

No que condiz à integração dos serviços de saúde, em Goiás evidenciou-se a existência de registro dos indivíduos que pertencem a alguns grupos prioritários na APS, como por exemplo, crianças menores de dois anos, pessoas com algumas doenças crônicas e gestantes. Porém, quando esses são encaminhados para outros pontos na rede perde-se o seu acompanhamento entre os níveis assistenciais (DUARTE, SOUZA; ROSSO, 2019).

Mendes (2011) alerta que, em decorrência da desintegração do sistema, não se tem o conhecimento compartilhado da história clínica e familiar do usuário. Com isso, a cada atendimento recolhe-se histórias, solicita-se novamente exames, ou seja, ocorre duplicidade de ações para a mesma finalidade, tornando o trabalho na rede inefetivo e ineficiente.

Para muitos profissionais, a falta de contrarreferência está diretamente relacionada com as deficiências presentes nos níveis de atenção à saúde e no próprio sistema de referência e

contrarreferência, independentemente de o atendimento ser direcionado à população adulta ou pediátrica. Corroborando neste aspecto, um estudo desenvolvido em um município de Santa Catarina na região sul do Brasil, que associa a contrarreferência aos desencontros na oferta dos serviços de saúde dentro da RAS (HERMIDA *et al.*, 2019).

Esses desencontros seriam minimizados se os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, além dos administradores de hospitais, priorizassem o rastreamento dos usuários com doenças crônicas que não estão recebendo os cuidados recomendados dentro da sua área de abrangência (DRAWZ *et al.*, 2015). Estudo que buscou avaliar em 1.180 unidades básicas de saúde o registro do fluxo do usuário, identificou que 454 (38,4%) das equipes de saúde não o fazem e 718 (60,9%) não obtém retorno em relação aos encaminhamentos (DUARTE, SOUZA; ROSSO, 2019), reforçando a importância de se efetivar essas estratégias de rastreamento para minimizar esses desencontros.

Todos que fazem parte da rede de atenção à saúde devem pensar em ações coletivas para suprir as possíveis lacunas de um sistema de referência e contrarreferência. Estudo aponta que o acolhimento realizado na atenção básica ao usuário após uma consulta em outro ponto da rede é um importante espaço para humanização nos serviços de saúde, contribuindo também no ordenamento e, consequentemente, redução das demandas presentes na rede (HERMIDA *et al.*, 2019).

Isso converge com a discussão de que uma das funções da atenção primária à saúde é a coordenação da RAS. Todavia, é crucial a adoção de mecanismos organizacionais que se relacionem com modelos de direcionamento na RAS por parte da APS, a fim de alcançar efetividade na prática (MENDES, 2015).

Retomando a questão dos sistemas de acesso regulado da atenção, esses possuem um complexo regulador constituído por centrais de regulação com a finalidade de receber os encaminhamentos, processá-los e realizar o agendamento das ações e serviços solicitados. Essas centrais são divididas basicamente em: central de regulação de urgência, cuja atenção é prestada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); central de regulação de internações eletivas, com a função de regular os leitos hospitalares das instituições de saúde do próprio SUS, ou daquelas contratadas ou conveniadas; central de regulação de consultas e exames com a finalidade de regular o acesso dos usuários a consultas com especialistas, aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico da RAS, dentre outros procedimentos a nível ambulatorial, seja especializado ou não (OPAS, 2011).

No contexto estudado, foram evidenciados óbices nesse complexo regulador. Dentre eles, a morosidade no agendamento para os usuários terem acesso às ações e serviços da RAS; a impossibilidade de acompanhar o seguimento da criança/adolescente com doença crônica na

rede pelo sistema de regulação para o profissional conhecer o potencial alcançado para a resolutividade das demandas; e a modificação pela gestão dos fluxos e contrafluxos em curto espaço de tempo e sem aviso prévio, repercutindo em encaminhamentos inadequados e maior demora para o agendamento.

A dificuldade de acesso ao serviço especializado por meio da regulação em virtude das inconsistências ainda presentes no sistema (CAVALCANTI; CRUZ; PADILHA, 2018; LIDDY *et al.*, 2020) não é exclusividade brasileira. A espera prolongada para consulta com especialistas, exames específicos, como por exemplo, exames de imagem, também são evidenciados em países como Austrália, Reino Unido e Canadá (ANSELL *et al.*, 2017; DESLAURIERS *et al.*, 2019, 2019; LIDDY *et al.*, 2020). Isso pode ser reflexo da sobrecarga dos sistemas de saúde em todo o mundo, refletindo no longo tempo que os pacientes esperam pelo atendimento na fila (MCINTYRE; CHOW, 2020).

Neste estudo, muitos profissionais especialistas tentaram agilizar o processo de referência da criança/adolescente com doença crônica a outro serviço especializado ou hospitalar, classificando-os como prioridade para a marcação de consultas, exames e internações ou intermediando diretamente com outro especialista o atendimento. Vias normais pelo sistema de regulação não seria possível a criança/adolescente conseguir esse atendimento com agilidade, ficando na fila de espera para o agendamento dessa consulta ou exame específico, o que poderia trazer agravos para sua saúde, demonstrando assim a dificuldade de acesso. Essa atitude agiliza o processo de investigação da doença da criança/adolescente, na maioria dos casos, necessário para estabelecimento de um diagnóstico e possibilitar tratamento específico em tempo oportuno.

Para solucionar esse problema de morosidade para agendamento, é necessário estabelecer protocolos de encaminhamentos para cada especialidade, com a finalidade de elencar critérios para avaliar a pertinência da referência, tendo como base as melhores evidências científicas existentes e as diretrizes organizacionais da RAS regional. Esses protocolos devem atender a realidade regional e iniciar sua construção pelas especialidades com tempo mais prolongado de espera, ou seja, os estrangulamentos da regulação e serem revisados a partir do momento que surjam novas evidências científicas (BRASIL, 2015b).

A regulação desenvolve quatro processos de trabalhos básicos: realiza levantamento e distribui os procedimentos disponíveis na rede de modo regionalizado e hierarquizado; regula o acesso aos leitos hospitalares; agenda os encaminhamentos do usuário as ações ou serviços de saúde; e profissional competente faz análise crítica para a tomada de decisões baseada em evidências (OPAS, 2011). Além da questão do estrangulamento no agendamento dos

encaminhamentos, outra lacuna dessa ação regulatória apontada pelos profissionais de saúde refere-se ao fato de não possibilitar acompanhamento do seguimento da criança/adolescente com doença crônica na rede pelo sistema de regulação. Segundo esses, isso possibilitaria conhecer o potencial alcançado pelo encaminhamento para a resolutividade das demandas identificadas.

A impossibilidade de acompanhar o seguimento da criança/adolescente com doença crônica interfere em diferentes processos na RAS. Por isso, enfatiza-se a necessidade iminente do estabelecimento de fluxo de comunicação entre os serviços da APS com os demais pontos de atenção da rede, e vice-versa, por meio da referência e contrarreferência. Com o fluxo institucional bem estabelecido favorece-se o compartilhamento de informações do itinerário terapêutico percorrido pelos usuários (BRASIL, 2015b).

Nesse contexto de fluxos logísticos de referência e contrarreferência na rede, os profissionais ressaltaram como óbice a modificação pelos gestores dos fluxos e contrafluxos para acesso às ações e serviços da rede em curto espaço de tempo e sem aviso prévio, repercutindo em encaminhamentos inadequados dos usuários e maior demora para o agendamento. Essa preocupação deve ser foco também dos gestores para repensarem suas ações, tendo em vista que, ter fluxos bem estabelecidos evita desgastes maiores e desnecessários para as famílias ao buscar as ações e serviços na RAS, trazendo satisfação e segurança pelos resultados obtidos, contribuindo na prevenção de agravos à saúde dessas crianças/adolescentes (NÓBREGA *et al.*, 2017).

É imprescindível que existam normas claras sobre os mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência nos serviços de saúde, pois na ausência desses ocorre a situação recorrente de os próprios usuários buscarem sozinhos o acesso a serviços e procedimentos que acham que convém. Essa situação contribui para a sobrecarga dos serviços de emergência e impede a fluidez do fluxo na rede, dificultando o suporte desses ao nível terciário (ANDRADE; FRANCISCHETTI, 2019).

Estudo realizado na Paraíba no ano de 2014 já alertava para essa questão da fragilidade no estabelecimento de fluxos, na qual os profissionais desconheciam esse fluxo do serviço tanto por não existir planejamento da gestão para definição desses como em decorrência das lacunas no sistema de referência e contrarreferência (PROTÁSIO *et al.*, 2014). Outro estudo realizado na região Centro Sul Fluminense do Rio de Janeiro evidenciou que o desconhecimento sobre o fluxo de encaminhamentos dos usuários pelo sistema de saúde poderia estar relacionado com o período de tempo em que o gestor municipal estava no cargo, que pode contribuir para sua falta de conhecimento sobre algumas políticas públicas que regem as diretrizes de cuidado aos indivíduos na rede (PEREIRA; MACHADO, 2016). Na tentativa de minimizar essa lacuna, os

profissionais apontaram como estratégias para a gestão disponibilizar listagem com os serviços disponíveis na RAS e/ou existir setor para orientar os fluxos e contrafluxos na RAS, acessível para profissional e usuário.

No que se refere aos procedimentos de controle de fluxo de pacientes nas Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências (UPA), os profissionais entrevistados neste estudo referiram não utilizar o instrumento de referência e contrarreferência do município. Isso se dá porque as UPA são instituições de saúde responsáveis pelo atendimento de pacientes com grau de complexidade intermediária, que em geral, prestam serviços de observação clínica, elucidação diagnóstica ou estabilização clínica, e nos casos de maiores demandas ou necessidade de um tempo de internação prolongado devem encaminhar seus usuários para um hospital, formalmente pactuado como de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial (BRASIL, 2017b).

Sendo assim, como serviço componente da Rede de Atenção às Urgências, assim como o SAMU, o seu processo de referência é mediado pela regulação médica das urgências (BRASIL, 2014c), garantida pelo médico regulador, por meio da sua tomada de decisão acerca da urgência de cada caso, bem como de acordo com a lista de serviços previamente pactuadas no sistema (BRASIL, 2013).

Em geral, as UPA são serviços que naturalmente devem articular-se com a Atenção Básica, o SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2017b).

Estudo realizado no município do Rio de Janeiro, identificou que as UPA estaduais funcionavam com sistema de prontuário eletrônico e os pacientes que necessitavam de internação hospitalar eram regulados via Sistema Online de Regulação (SISREG) que buscavam vagas de enfermarias em hospitais e via Central Estadual de Regulação, por meio de núcleo interno exclusivo que buscava as vagas de UTI. Já as UPA municipais solicitavam todas as vagas por meio Central Municipal de Regulação (CMR), via SISREG. No que se refere a exames complexos, avaliações de especialistas, procedimentos (como hemodiálise e hemotransusão) também ocorriam via CMR/SISREG (KONDER; O'DWYER, 2016).

Em estudo catarinense observou-se facilidade na contrarreferência entre UPA e Estratégia de Saúde da Família por meio de um sistema integrado, via prontuários eletrônicos dos pacientes em tempo real, nos quais todas as informações sobre a assistência realizada na UPA podiam ser acessadas pela ESF. Todavia, no que condiz às informações do fluxo de atendimento do usuário na rede básica, os profissionais da UPA afirmaram ser praticamente

inexistente, visto que a alta demanda de atendimentos e a deficiência de recursos humanos suficientes na ESF interfere no registro efetivo dos casos e identificação de seus itinerários (HERMIDA *et al.*, 2019).

Contrariamente, em um município do interior de Minas Gerais os usuários tinham o instrumento de referência devidamente preenchido, o que facilitou a avaliação profissional quanto a pertinência dos encaminhamentos para os serviços de urgência e emergência, filtrando o fluxo para esses serviços e organizando adequadamente as demandas a referenciar. Entretanto, a contrarreferência ocorria por meio do sumário de alta com registro manual para os outros níveis de atenção, cujas informações não seguiam uma lógica quanto ao conteúdo (ALVES *et al.*, 2015).

Por vezes, a UPA absorve as demandas de baixa complexidade que deveriam ser assumidas pela ESF. Nos casos de pediatria, os profissionais afirmavam ser desgastante contrarreferenciar esses pacientes, porque há sempre a justificativa de que na ESF não há pediatras para os atenderem (HERMIDA *et al.*, 2019).

Diante dos resultados deste estudo, apreende-se que os profissionais aspiram por um sistema de referência e contrarreferência integrado, de forma que ocorra o trabalho em conjunto, no qual as condutas assistenciais para crianças e adolescentes conversem entre si, caminhem no pensamento de um cuidado com excelência. Contudo, identifica-se a necessidade de revisão da ferramenta, implantação de fluxos e de protocolos, bem como a inserção de processos para organizar e gerir corretamente a referência e contrarreferência em cada nível de atenção à saúde da forma adequada. A partir do aprimoramento das ferramentas logísticas do sistema de referência e contrarreferência, qualifica-se o cuidado em rede, ao potencializar a resolutividade das demandas de saúde das crianças e adolescentes com doença crônica que buscam os serviços de saúde disponíveis no município.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu compreender a complexidade que envolve o sistema de referência e contrarreferência de criança/adolescente com doença crônica na rede de atenção à saúde do município em foco. A ausência de informações registradas oficialmente e de práticas que integrem os cuidados entre a atenção primária à saúde e os demais níveis de atenção à saúde impactam diretamente na qualidade da assistência dessa população. Ademais, repercutem nos itinerários percorridos pelas suas famílias em busca solitária por atendimentos na rede, refazendo caminhos entre o profissional generalista e o especialista, e repetindo informações que já foram solicitadas em outros atendimentos.

A realidade apresentada pelos médicos e enfermeiros da rede de atenção à saúde, demonstra que o cuidado à criança/adolescente com doença crônica e sua família não ocorre como preconizado pelas diretrizes que norteiam esse cuidado em saúde no SUS. A falta de contrarreferência, as lacunas na comunicação e integração dos serviços foram apontadas como os principais fatores que interferem no fluxo e contrafluxo de informações entre os serviços da RAS. Essas fragilidades interferem no acompanhamento infantojuvenil com doença crônica pela Estratégia Saúde da Família, visto que, os entraves nesse fluxo obstaculizam a continuidade ao cuidado.

Os profissionais de saúde buscam vias alternativas para garantir de alguma forma a obtenção de informações quando do retorno à consulta em outros níveis de atenção à saúde. Dentre essas vias, a busca ativa das crianças e adolescentes, feedback dos pais e/ou cuidadores, visitas programadas, além de os profissionais da atenção especializada, buscar informações por contato direto. Estas deveriam estar registradas na contrarreferência para facilitar a troca de informações sobre cada atendimento da criança/adolescente com doença crônica com a finalidade de contribuir na melhoria da assistência e na continuidade do cuidado.

O ponto mais enfatizado foi a inexistência de material que dê suporte ao atendimento da criança/adolescente com doença crônica, como um instrumento voltado às suas singularidades, além de instrumentos tecnológicos, como o prontuário eletrônico, que permitiria o fluxo e contrafluxo de informações, facilitando o acesso dos profissionais em qualquer nível da rede de atenção à saúde. No que diz respeito às especificidades das crianças e adolescentes com doenças crônicas, o atual instrumento de referência e contrarreferência utilizado na RAS no município estudado não atende a suas singularidades e tampouco tem favorecido o fluxo de informações necessárias para o acompanhamento e a continuidade do cuidado dessa população, inviabilizando potencializar esse cuidado. Esse lapso sistêmico interfere também na celeridade

de resposta de outros serviços da rede de atenção à saúde para os casos com prioridade de atendimento, devido à urgência da situação.

Diante dos problemas elencados do sistema de referência e contrarreferência, pode-se afirmar que a rede de atenção à saúde da criança/adolescente com doença crônica necessita de ações organizacionais capazes de melhorar a comunicação entre os diversos profissionais dos diferentes pontos de atenção da rede para integrá-los com a finalidade de prestar cuidado abrangente e qualificado à essa população. Dessa forma, enfatiza-se a necessidade de os gestores implementarem protocolos de acompanhamentos e avaliação do sistema de referência e contrarreferência para garantir um cuidado contínuo, longitudinal, integral e equânime.

Os resultados dessa pesquisa são relevantes, pois contribuem com subsídios para a transformação da prática profissional, em se tratando do sistema de referência e contrarreferência na atenção à criança/adolescente com doença crônica. Além disso, é imprescindível a implementação de estratégias para o fortalecimento deste sistema na prática cotidiana de atendimentos à população infantojuvenil com doença crônica. Este estudo teve como limitação o fato de a coleta de dados ter sido realizada de modo virtual, em função do momento pandêmico causado pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela Covid-19, que requer distanciamento social, dificultando o contato pessoal com possíveis participantes. Porém, não restringiu o acontecimento da pesquisa, nem a sua qualidade ética e científica a ser explorada.

Diante do contexto apresentado, reconhece-se a necessidade da ampliação e replicação deste estudo em diferentes contextos e também com as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, verificando as nuances que podem não ter sido vislumbradas nesses achados. Sugere-se, também, a criação de estudos que possam desenvolver protocolos, instrumentos e tecnologias da informação em saúde capazes de nortear a prática profissional e de garantir um cuidado integral e contínuo à criança e ao adolescente que convivem com um problema crônico de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADIZUA, Uchenna. Incomplete Filling of Laboratory Request Forms: A Look at the Practice at a Federal Medical Centre in South Eastern Nigeria. **West African Journal of Medicine**, Nigéria, v. 36, n. 2, p. 112-115, May/Aug. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31385595/>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- AIRES, Luana Cláudia dos Passos *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. e20170028, Apr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170028.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.
- ALAMMARI, Duaa *et al.* Meaningful Use of Electronic Health Records and Ambulatory Healthcare Quality Measures. **Cureus**; v. 13, n. 1, p. e13036, Jan. 2021. DOI 10.7759/cureus.13036. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/33665057#free-full-text>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- ALVES, Maria Luiza de Farias *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 25, n.4, p. 469-475, out./dez. 2015. DOI 10.5935/2238-3182.20150110.
- AMORIM, Leonardo de Paula *et al.* Assessment of the way in which entries are filled out in Child Health Records and the quality of the entries according to the type of health services received by the child. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 585–597, Feb. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- ANDRADE, Laurielle Souza; FRANCISCHETTI, Ieda. Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 10, n.1/2/3, 54-63, 2019. Disponível em: <http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281/5636>. Acesso em: 16 mar. 2021.
- ANSELL, Dominique *et al.* Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. **BMC Health Services Research**, Califórnia, v. 17, n. 1, p. 295, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2219-y>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- BARBOSA, Thaís Araújo *et al.* Support network and social support for children with special health care need. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 60-66, Jan./Feb. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100009>. Acesso em: 13 mai. 2019.
- BOUSQUAT, Aylene. *et al.* Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 05 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Abr/2/para-conhecimento/portaria-nb0-483-de-1b0-de-abril-de-2014-redefine>. Acesso em: 12 mai. 2019.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: endocrinologia e nefrologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_atencao_especializada_endocrinologia.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017.** Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para a implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf> Acesso em: 20 nov. 2020.

BRAUN, Virginia.; CLARKE, Victoria. **Successful qualitative research:** A practical guide for beginners. Los Angeles: Sage, 2013. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/256089360_Successful_Qualitative_Research_A_Practical_Guide_for_Beginners. Acesso em: 08 abr. 2020.

BRONDANI, Juliana Ebling. *et al.* Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 1-8, Jan./Mar. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/758/43350-174717-1-pb.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2021.

CAVALCANTI, Ronald Pereira; CRUZ, Danilson Ferreira; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Desafios da regulação assistencial na organização do sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 22, n. 2, p. 181–188, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2018v22n2.31872>. Acesso em: 21 dez. 2020.

CHAVES, Lenir Aparecida *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00201515, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00201515>. Acesso em: 3 jun. 2019.

COSTA, Barbara Regina Lopes. Bola de Neve Virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **RIGS revista interdisciplinar de gestão social**, Salvador, v. 7. n. 1, p. 15-37, jan./abr. 2018.

CUNHA, Kamila Santos da *et al.* Myocardial revascularization: factors intervening in the reference and counter-reference in the hospital setting. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 1817-1824, July/Aug. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0218>. Acesso em: 06 dez. 2020.

DESLAURIERS, Simon *et al.* Factors associated with waiting times for persons with rheumatic conditions in multidisciplinary pain treatment facilities. **Journal of Pain Research**, Seattle, v. 12, p. 2379-2390, July 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JPR.S206519>. Acesso em: 06 dez. 2020.

DRAWZ, Paul E. *et al.* CKD as a Model for Improving Chronic Disease Care through Electronic Health Records. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, Washington, v. 10, n. 8, p. 1488–1499, Aug. 2015. DOI 10.2215/CJN.00940115.

DUARTE, Lígia Vanessa Silva Cruz.; SOUZA, Marta Rovey de; ROSSO, Claci Fátima Weirich. A gestão do cuidado e seus desafios no Estado de Goiás: registro do território e integração entre os níveis assistenciais, 2013-2014. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 121-131, jul. 2019. DOI 10.14295/aps.v1i2.32.

FITTIPALDI NETO, José; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; CORREA, Maria Elizabeth. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. **Atas CIAIQ - Revista do Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa**, Fortaleza, v. 2, p. 101-110, jul. 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1769>. Acesso em: 13 mai. 2019.

GARRITANO, Célia Regina de Oliveira *et al.* Avaliação do Prontuário Médico de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190123>. Acesso em: 06 dez. 2020.

GATTI, Ana Lúcia *et al.* Pesquisa Qualitativa: Grupo focal e intervenções psicológicas com idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 20-39, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n1/1414-9893-pcp-35-01-00020.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

GHOLIZADEH, Masumeh *et al.* Challenges in Patient Discharge Planning in the Health System of Iran: A Qualitative Study. **Global Journal of Health Science**, Canadá, v. 8, n. 6, p. 168-178, Oct. 2016.

GRIGOLATTO, Tatiane *et al.* O brincar de crianças com doenças crônicas hospitalizadas. **Revista Ciência e Saúde On-Line**, Pindamonhangaba, v. 1, n. 1, p. 8-16, jan./abr. 2016.

Disponível em: <http://www.revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/5/14>. Acesso em: 2 abr. 2019.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira *et al.* Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. suppl 1, p. 143-150, Jan./Feb. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>. Acesso em: 06 dez. 2020.

HESSELINK, Gijs *et al.* Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, p. 389-399, Sept. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 2 abr. 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **João Pessoa**: Panorama. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 03 março de 2021.

IRWANDY, Fadila Rizki *et al.* Analysis of filling completion and facilities of medical records at Stella Maris Hospital in Makassar, Indonesia. **Enfermería Clínica**, España, v. 30, suppl. 2, p. 40-44, Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.07.024>. Acesso em: 06 dez. 2020.

KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. The integration of the Emergency Care Units (UPA) with healthcare services in the city of Rio de Janeiro, Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, Oct./Dec. 2016. DOI 10.1590/1807-57622015.0519.

KOOIJ, Laura; GROEN, Wim G.; VAN HARTEN, Wim H. The Effectiveness of Information Technology-Supported Shared Care for Patients With Chronic Disease: A Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, Canadá, v. 19, n. 6, p. e221, June 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.7405>. Acesso em: 20 dez. 2020.

LIDDY, Clare *et al.* How long are Canadians waiting to access specialty care? Retrospective study from a primary care perspective. **Canadian Family Physician**, Canadá, v. 66, n. 6, p. 434-444, June 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292524/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

LINO, Iven Giovanna Trindade *et al.* Challenges for the care of families of children with disabilities in Primary Health Care. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, p. e-1340, 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20200077>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MCINTYRE, Daniel; CHOW, Clara K. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization**,

Provision, and Financing, Califórnia, v. 57, p. 1-15, Jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>. Acesso em: 06 dez. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 28 jul. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 de março de 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 abr. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. 193p. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>. Acesso em: 01 mai. 2019.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina *et al.* Effectiveness of referral and counter-referral systems in a high-complexity Speech, Language and Hearing healthcare service in the city of São Paulo. **Audiology - Communication Research**, São Paulo, v. 23, p. e1859, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1859>. Acesso em: 06 dez. 2020.

MONTEIRO, Elaine Kristhine Rocha; SANTOS, José Augustinho Mendes; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira. Prontuário eletrônico como ferramenta da gestão do cuidado: uma proposta para atualização. **Revista de Saúde Dom Alberto**, Santa Cruz do Sul, v. 4, n. 1, p. 77-90, jun. 2019.

MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. **Atas CIAIQ - Revista do Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa**, v. 3, p. 126-131, jul. 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 11 de mar. 2020.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes *et al.* Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. e00189516, nov. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00189516.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

NIAZKHANI, Zahra *et al.* Barriers to patient, provider, and caregiver adoption and use of electronic personal health records in chronic care: a systematic review. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 20, n. 153, p. 1-36, 2020. DOI 10.1186/s12911-020-01159-1.

NÓBREGA, Vanessa Medeiros da *et al.* Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03226, June 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226>. Acesso em: 04 dez. 2020.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7563>. Acesso em: 13 mai. 2019.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovação nos sistemas logísticos**: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 120 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inovacao_sistemas_logisticos_redes_integradas_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

ORTEGA, Miguel Ángel Fernández *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. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 37-45, dez. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1384](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1384). Acesso em: 15 mai. 2019.

PEREIRA, Juarez de Souza; MACHADO, William César Alves. 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, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, jul./set. 2016. DOI 10.1590/S0103-73312016000300016.

PEREIRA, Adriana Soares *et al.* **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria: Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria, 2018. 119p. Disponível em: https://www.ufsm.br/orgaos-suplementares/nte/wp-content/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf. Acesso em: 01 mai. 2019.

PROTASIO, Ane Poline Lacerda *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. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, out. 2014.

RIBEIRO, Luciane *et al.* Safe surgery checklist: filling adherence, inconsistencies, and challenges. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. e20192311, Dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>. Acesso em: 06 dez. 2020.

ROSSETTO, Vanessa. **Protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para a criança com necessidades especiais de saúde no Paraná**. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Biociências e Saúde) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/3567/5/Vanessa%20Rossetto2017.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

ROSSETTO, Vanessa; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; RODRIGUES, Rosa Maria. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl.4, p. e20190310, Sept. 2020. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0310.

RUSCHI, Gustavo Enrico Cabral *et al.* Qualidade dos dados de assistência pré-natal na Atenção Básica em prontuário eletrônico e relação com apoio matricial, Vitória, Espírito Santo, 2013-2014: corte transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-13, jan./dez. 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1612](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1612). Acesso em: 05 dez. 2020.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042016000100048&lng=pt&nrm=is&tlng=pt. Acesso em: 06 fev. 2021.

SANTOS, Lenir. Healthcare regions and their care networks: an organizational-systemic model for SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, Apr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SANTOS, Cleuzieli Moraes dos *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, e00052816, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00052816>. Acesso em: 25 out. 2019.

SANTOS, Tamyres Oliveira dos; PEREIRA, Letícia Passos; SILVEIRA, Denise Tolfo. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i3.1064>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SHEEHAN, Jacinta *et al.* Methods and Effectiveness of Communication Between Hospital Allied Health and Primary Care Practitioners: A Systematic Narrative Review. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, New Zealand, v. 14, p. 493–511, Feb. 2021. DOI 10.2147/JMDH.S295549.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim *et al.* Network and social support in children with chronic diseases: understanding the child's perception. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e6980015, Apr. 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006980015>. Acesso em: 30 nov. 2020.

SILVA, Kamila Santos *et al.* Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do

fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-12, abr./ jun. 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.29397/reciis.v11i2.1226>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SILVA, Alexandro da; SILVA, Carlos Roberto Castro; MOURA, Ludmila de. Pesquisa qualitativa em saúde: percursos e percalços da formação para pesquisadores iniciantes. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 632-645, abr./jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018172700>. Acesso em: 21 out. 2019.

SILVA, Maria Elizabete de Amorim *et al.* Chronic disease in childhood and adolescence: family bonds in the healthcare network. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, p. e4460016, May 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004460016>. Acesso em: 04 dez. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS-JP). **Carta de Serviços**. João Pessoa: Prefeitura de João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/page/5/?p=todas&group=saude#038;group=saude>. Acesso em: 31 mar. 2019.

SOUZA, Luciana Karine de. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2019v71i2p.51-67>. Acesso em: 08 abr. 2020.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COLLET, Neusa. Social network of children with chronic disease: knowledge and practice of nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20180371, Feb. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0371>. Acesso em: 04 dez. 2020.

TEIXEIRA, Renata Andrade *et al.* Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. suppl. 1, p. 151-158, Jan./Feb. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0558>. Acesso em: 05 dez. 2020.

TODT, Stella Costa *et al.* Instrumento para avaliação da qualidade de prontuários de admissão em unidades de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 12, n. 11, p. e4071, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e4071.2020>. Acesso em: 05 dez. 2020.

TORRALBO, Fernanda Augusta Penacci; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 1016-1021, mar. 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/bde-29618>. Acesso em: 28 jul. 2019.

TSAL, Chen Hsi *et al.* Effects of Electronic Health Record Implementation and Barriers to Adoption and Use: A Scoping Review and Qualitative Analysis of the Content. **Life (Basel)**, Switzerland, v. 10, n. 12, p. 327, 2020. DOI 10.3390/life10120327.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Care coordination in Health Care for the child/adolescent

in chronic condition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl 6, p. 2612-2619, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787>. Acesso em: 04 dez. 2020.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Challenges in primary care regarding children and adolescents with chronic conditions in Brazil. **Qualitative Health Research**, Salt Lake City, v. 29, n. 13, p. 1978–1987, Nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732319847961>. Acesso em: 12 jan. 2020.

VAZ, Elenice Maria Cecchetti *et al.* Referral and counter-referral of children in chronic condition: perception of mothers and secondary care professionals. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e51186, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51186>. Acesso em: 04 dez. 2020.

WANDERBROOCKE, Ana Cláudia Nunes de Souza *et al.* O sentido de comunidade em uma equipe multiprofissional hospitalar: hierarquia, individualismo, conflito. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1157-1176, set./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00155>. Acesso em: 06 dez. 2020.

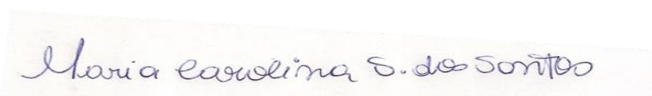
APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA-CONVITE

A Mestranda em Enfermagem, **Maria Carolina Salustino dos Santos**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, convida os profissionais de saúde da Rede de Atenção à Saúde do [nome do município], estado da Paraíba, para participarem da pesquisa intitulada **“Instrumento de referência e contrarreferência: percepção de profissionais que atuam na rede de atenção à saúde de criança/adolescente com doença crônica”**, desenvolvida sob a orientação da professora Dr^a Elenice Maria Cecchetti Vaz. O objetivo da pesquisa é analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde de [nome do município], no cuidado à criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde. Garantimos que os dados deste estudo serão manuseados apenas pela equipe de pesquisa. Ressalto que a identidade dos participantes deste estudo fará parte do sigilo da pesquisa e a sua participação é voluntária. Os resultados permitirão uma melhor compreensão científica sobre a temática e serão amplamente divulgados por meio da dissertação de mestrado e periódicos científicos.

OBS: Informo que o tempo gasto para responder ao questionário está estimado em 20 minutos. Caso tenha dúvidas antes ou depois de sua participação, envie um e-mail para mariacarolina302@hotmail.com. Ou entre em contato pelo celular: (83) 987325227.

Desde já obrigada!

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored rectangular piece of paper. The signature reads "Maria Carolina S. dos Santos".

Maria Carolina Salustino dos Santos

**APÊNDICE B – FORMULÁRIO PARA CAPTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

1ª Parte - Perfil do profissional

1. Categoria profissional/Cargo gerencial: _____
2. Tempo de formação: _____
3. Especialização: _____
4. Idade: _____
5. Sexo: _____
6. Local em que atua na Rede de Atenção à Saúde: _____
7. Tempo que atua na Rede de Atenção à Saúde : _____
8. Você atende crianças e adolescentes com doença crônica em seu serviço de saúde?
Sim () Não ()

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

A presente pesquisa intitulada **“Instrumento de referência e contrarreferência: percepção de profissionais que atuam na rede de atenção à saúde de criança/adolescente com doença crônica”**, será desenvolvida pela mestrandia Maria Carolina Salustino dos Santos, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba sob a orientação da Prof^a Dr^a Elenice Maria Cecchetti Vaz, enfermeira e professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da UFPB e do referido Programa. Este projeto de pesquisa está vinculado ao projeto: “Sistema de referência e contrarreferência nas redes de atenção à saúde de crianças e adolescentes com doença crônica”. Tem como objetivo analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde no contexto da criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde.

Como benefício, a pesquisa trará subsídios para a melhoria do instrumento utilizado no sistema de referência e contrarreferência no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica, de forma que possa facilitar o preenchimento por todos os profissionais de saúde, permitindo o fluxo e contrafluxo de informações e a integração dos serviços nas redes de atenção à saúde.

A sua participação poderá: 1º - ajudar a identificar os profissionais de saúde que acompanham crianças e adolescentes com doença crônica na Rede de Atenção à Saúde do [nome do município]; e, 2º - trazer conhecimento a respeito dos motivos que interferem na efetiva comunicação entre os serviços/profissionais de saúde que atendem crianças/adolescentes com doença crônica, melhorando os registros das informações relacionadas às consultas/exames nos diferentes pontos da RAS, para o adequado funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência.

Sua participação nesta pesquisa será apenas responder as perguntas de um questionário, via Google Forms, que deverá levar em média 20 minutos para ser preenchido. O conteúdo das respostas será utilizado em eventos da área de saúde e publicações em revistas científicas, para tal, preciso da sua autorização.


O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma voluntária, isto é, a qualquer momento o Sr.(a) poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum dano em sua relação com o pesquisador ou com o serviço de saúde no qual desempenha suas atividades laborais.

Gostaria de ressaltar que, não haverá pagamento pela sua participação nesta pesquisa e o(a) senhor(a) não terá gastos neste estudo. Suas respostas e as informações coletadas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em congressos e/ou revistas científicas. Conforme estabelecem as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do CNS todas as pesquisas apresentam riscos, todavia estes riscos não afetarão a sua saúde, o único desconforto previsto está relacionado ao tempo gasto para responder ao questionário.

O(a) Sr.(a) terá que autorizar sua participação clicando no Termo de Consentimento. Para maiores informações e/ou tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento, favor entrar em contato via e-mail e/ou telefone da pesquisadora responsável.

Desde já, agradecemos!

Declaro estar ciente das informações que recebi sobre a pesquisa, ficando claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimentos de dúvidas, sempre que eu precisar. Ficou também claro que minha participação é livre e que não terei nenhum gasto com a participação do estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízo ou perda de qualquer benefício.

<div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> : ____/____/2020	
<input type="checkbox"/> Autorizo minha participação na Pesquisa	Assinatura do Pesquisador Responsável

Caso queira se comunicar conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, os endereços e telefones são:

Pesquisadoras: Maria Carolina Salustino dos Santos e Elenice Maria Cecchetti Vaz
 Endereço (Setor de Trabalho): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde – UFPB
 Telefones: (83) 987325227/ (83) 3216.7109
 E-mail: mariacarolina302@hotmail.com/elenice.cecchetti@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
 Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58.051-900 – João Pessoa/PB. Tel.: (83) 3216-7791
 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1ª Parte - Perfil do profissional

1. Nome do profissional:
2. Categoria profissional/Cargo gerencial: _____
3. Tempo de formação: _____
4. Especialização: _____
5. Idade: _____
6. Sexo: _____
7. Local em que atua na Rede de Atenção à Saúde: _____
8. Tempo que atua na Rede de Atenção à Saúde: _____
9. Tempo que atende/acompanha criança/adolescente com doença crônica: _____

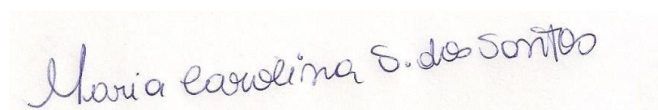
2ª Parte - Roteiro

1. Como você avalia o instrumento de referência e contrarreferência utilizado atualmente no município, especificamente, para as crianças e adolescentes com doença crônica?
2. Que dificuldades ou limitações você enfrenta no processo de preenchimento desse instrumento?
3. Qual a sua opinião quanto ao processo de integração dos serviços e fluxos de informação por meio deste instrumento de referência e contrarreferência que é usado para criança e adolescente com doença crônica? Comente os aspectos positivos e negativos do instrumento.
4. Que sugestões e informações você daria para melhorar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado atualmente no município, especificamente, para as crianças e adolescentes com doença crônica?

APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO PARA O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Eu, **Maria Carolina Salustino dos Santos**, pertencente ao corpo da Pós-Graduação em Enfermagem – **Mestrado** – do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: **“Instrumento de referência e contrarreferência: percepção de profissionais que atuam na rede de atenção à saúde de criança/adolescente com doença crônica”**, comprometo-me a **observar e cumprir** as normas da Resolução nº 466/2012 do CNS, em todas as fases da pesquisa.



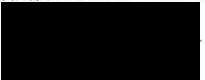

, 08 de abril de 2020.



Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

**ANEXO A - INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA
UTILIZADO NO MUNICÍPIO**

 Prefeitura Municipal de Saúde Secretaria de Saúde Ficha de encaminhamento Referência		
Unidade de Origem / CNES:		
Nome do Usuário:		
Nome Social:		Sexo () F () M
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: / /	Idade:	
Endereço:		
Bairro:	Telefone:	
Número do Cartão SUS:		
Exames Anteriores:		
Tratamento Realizado:		
Justificativa / Motivo do Atual Encaminhamento (RP):		
Assinatura e carimbo do Profissional:		
		Data: / /
RECORTE AQUI E DEVOLVA A PARTIR DE SAÍDA PRECISEMOS AO USUÁRIO		
 Prefeitura Municipal de Saúde Secretaria de Saúde Ficha de encaminhamento Contra-Referência		
Nome do Usuário:		
Unidade da Rede Especializada:		
Exame Clínico:		
Parecer:		
Assinatura e carimbo do profissional:		Data: / /
OBS: Letra legível Retorno da Ficha à Unidade de origem com o usuário		

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

[REDACTED]
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

[REDACTED] 19 de novembro de 2018

Processo Nº: 17.502/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “**SISTEMA DE REFERENCIA E CONTRARREFERENCIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS**”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **ELENICE MARIA CECCHETTI VAZ**, sob orientação **da mesma**, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada no(a) [REDACTED], [REDACTED].

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,


[REDACTED]

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

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

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Pesquisador: Maria Carolina Salustino dos santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30673720.6.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.003.220

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEnfe-CCS/UFPB, sob a orientação da Profª Drª Elenice Maria Cecchetti Vaz.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde no contexto da criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender o processo de preenchimento do instrumento de referência e contrarreferência utilizado na rede de atenção à saúde no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica;
- Identificar o processo de integração dos serviços e os fluxos de informações através do instrumento de referência e contrarreferência de crianças e adolescentes com doença crônica;
- Elencar informações que podem ser inseridas no instrumento de referência e contrarreferência no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica.

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 4.003.220

informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	CERTIDAO_PPGENF_MARIA_CAROLINA.pdf	20/04/2020 10:34:51	Selene Cordeiro Vasconcelos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1537990.pdf	09/04/2020 18:14:25		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/04/2020 18:13:51	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Maria_Carolina_PROJETO_OFICIAL.docx	09/04/2020 13:20:08	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_INSTRUMENTO.docx	09/04/2020 13:19:27	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_CARTA_CONVITE.docx	09/04/2020 13:19:11	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_TERMO_COMPROMISSO.docx	09/04/2020 13:18:55	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_GES.pdf	09/04/2020 13:17:02	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Maria_Carolina_TCLE.docx	09/04/2020 13:15:58	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANEXO D – EMENDA DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM COM CRIANÇA/ADOLESCENTE COM DOENÇA CRÔNICA

Pesquisador: Maria Carolina Salustino dos santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30673720.6.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.563.998

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao projeto de pesquisa egresso do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEneCCS/UFPB, sob a orientação da Profª Drª Elenice Maria Cecchetti Vaz.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

•Analisar o instrumento de referência e contrarreferência utilizado na Rede de Atenção à Saúde no contexto da criança/adolescente com doença crônica sob a ótica dos profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender o processo de preenchimento do instrumento de referência e contrarreferência utilizado na rede de atenção à saúde no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica;
- Identificar o processo de integração dos serviços e os fluxos de informações através do instrumento de referência e contrarreferência de crianças e adolescentes com doença crônica;
- Elencar informações que podem ser inseridas no instrumento de referência e contrarreferência no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.563.998

Os riscos presentes no referente estudo são inerentes aos projetos dessa natureza, visto que a pesquisa acontecerá de maneira exploratória, podendo causar um desconforto e constrangimento aos participantes por abordar aspectos relacionados aos seus processos de trabalho. Tal risco pode ser diminuído através da explicação acerca da pesquisa, além da garantia do anonimato das informações. O risco se justifica pela importância do benefício esperado.

Benefícios:

Como benefício, a pesquisa trará subsídios para a melhoria do instrumento utilizado no sistema de referência e contrarreferência no contexto de crianças e adolescentes com doença crônica, de forma que possa facilitar o preenchimento por todos os profissionais de saúde, e garantir o fluxo e contrafluxo de informações e a integração nas redes de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda ao projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram submetidos tempestivamente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o cumprimento das formalidades éticas e legais, somos de parecer favorável à execução do presente projeto com as alterações solicitadas na emenda, salvo melhor juízo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_169056_6_E1.pdf	16/01/2021 21:37:07		Acelto
Outros	EMENDA.pdf	16/01/2021 21:36:11	Maria Carolina Salustino dos santos	Acelto
Outros	CERTIDAO_PPGENF_MARIA_CAROLINA.pdf	20/04/2020 10:34:51	Selene Cordeiro Vasconcelos	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/04/2020 18:13:51	Maria Carolina Salustino dos santos	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Maria_Carolina_PROJETO_OFICIAL.docx	09/04/2020 13:20:08	Maria Carolina Salustino dos	Acelto

Endereço: UNIVERSITÁRIO S/N
 Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
 UF: PB Município: JOAO PESSOA
 Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.563.998

Investigador	Maria_Carolina_PROJETO_OFICIAL.docx	09/04/2020 13:20:08	santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_INSTRUMENTO.docx	09/04/2020 13:19:27	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_CARTA_CONVITE.docx	09/04/2020 13:19:11	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Maria_Carolina_TERMO_COMPROMISSO.docx	09/04/2020 13:18:55	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
Outros	Termo_Anuencia_GES.pdf	09/04/2020 13:17:02	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Maria_Carolina_TCLE.docx	09/04/2020 13:15:58	Maria Carolina Salustino dos santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Fevereiro de 2021

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br