

## Artigo

# Percepção dos usuários do SUS a respeito da referência e contrarreferência dentro da Rede de Atenção à Saúde

Brazilian Health System users' perception regarding referral and counter-referral in the Health Care Network

Percepción de los usuarios del SUS respecto a la referencia y contrarreferencia dentro de la Red de Atención a la Salud

**Gustavo Gomed<sup>i</sup>** , **Ludmila Lopes Maciel Bolsoni<sup>ii</sup>** , **Aliny de Lima Santos<sup>iii</sup>** 

<sup>i</sup> Universidade Cesumar - Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

<sup>ii</sup> Universidade Cesumar - Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

<sup>iii</sup> Universidade Cesumar - Unicesumar, Maringá, PR, Brasil

## RESUMO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) permeia a formação de fluxos de atendimentos, organizados em níveis nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de garantir uma assistência adequada na instância melhor destinada a resolver determinada queixa. Para que o fluxo fosse interligado, surgem os conceitos de referência e contrarreferência, que direcionam o usuário dentro dos níveis da RAS. Como o usuário é envolvido no processo, é condizente estudar o conhecimento desses acerca de tal fluxo. Para isso, desenvolveu-se um estudo observacional, transversal, realizado no município de Maringá-PR com 50 (cinquenta) usuários do SUS. Observou-se que 50% dos entrevistados não conhece plenamente os conceitos de referência e contrarreferência, o que pode contribuir para a sobrecarga dos níveis de atenção com queixas que, não necessariamente, seriam incumbências daquela instância.

**Palavras-chave:** Níveis de Atenção à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Encaminhamento e Consulta.

## ABSTRACT

---

Brazilian Health System's (BHS) construction involves the formation of care flows that are organized in levels, which compose the Health Care Network (HCN), in order to ensure adequate assistance in the best instance suited to solve that claim. In order to connect those levels, the concepts of referral and counter-referral emerge, which direct the user within the HCN. Due to the users being involved in this process, it's appropriate to study their knowledge about this flow. To this end, an observational cross-sectional study was developed, engaging 50 (fifty) BHS's users, carried out in Maringa city, Parana, Brazil. It was observed that 50% of the interviewees do not fully understand the concepts of referral and counter-referral, which can contribute to overloading the care levels with complaints that would not necessarily be the responsibility of that instance.

**Keywords:** Health Care Levels; Health Services Accessibility; Referral and Consultation.

## RESUMÉN

---

La construcción del Sistema Único de Salud (SUS) permea la formación de flujos de atenciones, organizados en niveles en las Redes de Atención a la Salud (RAS), a fin de garantizar una asistencia adecuada en la instancia mejor destinada a resolver determinada queja. Para que el flujo fuera interconectado, surgen los conceptos de referencia y contrarreferencia, que dirigen al usuario dentro de los niveles de la RAS. Como el usuario está involucrado en el proceso, es adecuado estudiar el conocimiento de estos acerca de tal flujo. Para ello, se desarrolló un estudio observacional, transversal, realizado en el municipio de Maringá-PR con 50 (cincuenta) usuarios del SUS. Se observó que el 50% de los entrevistados no conoce plenamente los conceptos de referencia y contrarreferencia, lo que puede contribuir a la sobrecarga de los niveles de atención con quejas que, no necesariamente, serían encargo de aquella instancia.

**Palabra-clave:** Niveles de Atención de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Derivación y Consulta.

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista da população brasileira após centenas de anos em que a saúde era desvalorizada. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, o SUS é implementado, de forma a funcionar como um dos maiores e mais completos sistemas de saúde do mundo (BASTOS et al, 2017). Como consequência, a população brasileira tem a saúde como um direito de cidadania e ganha em assistência à saúde e qualidade de vida, uma vez que as melhorias sanitárias e o funcionamento da Estratégia em Saúde da Família (ESF), por exemplo, foram associados com redução na mortalidade infantil e podem estar relacionados com a redução das hospitalizações (BASTOS et al, 2017; COUTO et al, 2018).

A organização desse sistema passa pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990) que estabelece os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e

organizativos (hierarquização e regionalização, participação popular e descentralização) para o funcionamento do SUS (BRASIL, setembro de 1990). Ainda, em complemento, a Lei 8.142/1990 sustenta a participação popular por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde (BRASIL, dezembro de 1990).

Para que esses fatores não sejam apenas idealizados, foi criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que garante a integralidade, a humanização do cuidado e a ampliação de acesso às instâncias responsáveis pela saúde, ao interligar diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão (BRONDANI et al 2016; DAMACENO et al, 2020) organizando-as em três níveis articulados: a Atenção Primária em Saúde (APS), a Atenção Secundária em Saúde e a Atenção Terciária em Saúde.

A APS corresponde à principal porta de entrada ao SUS, com função de garantir a promoção, a prevenção, a proteção e a recuperação de saúde (BRASIL, 2017). É representada pela Unidade Básica de Saúde (UBS), composta principalmente pela ESF, uma equipe multiprofissional de atenção, que atende uma população de um território definido (COUTO et al, 2018). Tem por funções ser a coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2010).

A Atenção Secundária em Saúde é constituída pelas policlínicas, para o atendimento ambulatorial em diversas especialidades, procedimentos e exames, e pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dedicada ao atendimento às urgências e emergências, com atendimento 24h, compreendendo ações intermediárias entre os níveis primário e terciário, podendo servir como porta de entrada ao sistema de saúde (UCHIMURA et al, 2015; COUTO et al, 2018).

A Atenção Terciária em Saúde corresponde aos hospitais especializados, que tem por função prestar atendimento aos usuários que, por alguma instabilidade em sua condição aguda ou crônica, necessitam de procedimentos cirúrgicos ou internamentos, em enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo os centros com maior densidade tecnológica (BRONDANI et al 2016; COUTO et al, 2018).

Embora esses três níveis possuam funções diferentes, eles são igualmente importantes para que os objetivos da RAS sejam cumpridos (BRASIL, 2010). Além disso, eles

devem estar articulados entre si, a fim de garantir um cuidado integral e contínuo, direcionando os usuários para o serviço que dispõe os melhores recursos para solucionar sua queixa (BRONDANI et al 2016; COUTO et al, 2018). Para garantir tal articulação, surgem os conceitos de referência e contrarreferência dentro da RAS. O primeiro condiz com o encaminhamento do indivíduo de um nível menos especializado para um nível mais complexo, como da UBS para a UPA, enquanto o segundo trata do processo inverso, em que o usuário retorna de um nível de atenção mais complexo para outro menos especializado, como do hospital especializado à UBS (UCHIMURA et al, 2015; HERMIDA et al, 2019; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

O fluxo dos usuários é determinado pelo contato entre os profissionais dos serviços, que pode ser realizado de diferentes maneiras, a depender da região analisada. De forma geral, encontra-se comunicação por telefone, por prontuário manuscrito e por prontuários eletrônicos, sendo esse último o método que mais facilita a continuidade do cuidado (HERMIDA et al, 2019).

Contudo, entende-se que não só os profissionais de saúde podem encaminhar os usuários às diferentes instâncias de atendimento, mas os próprios indivíduos podem realizar a busca espontânea por tais serviços, o que muitas vezes pode congestionar o sistema, uma vez que muitas queixas que poderiam ser resolvidas na APS, por exemplo, são tratadas por serviços secundários ou terciários, pela crença de que serviços mais especializados são mais resolutivos (ARAÚJO et al, 2016).

Além do desconhecimento dos usuários, nota-se que alguns profissionais também não compreendem o correto funcionamento da RAS, o que contribui para a falha nos mecanismos de referência e contrarreferência, beneficiando a busca espontânea pelos usuários (COUTO et al, 2018; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021). A quebra do contato sustenta a descontinuidade do cuidado, deixando os pacientes sem a atenção devida, o que favorece a falta de cuidados com o problema específico. Como há chances de a queixa não ser resolvida por completo, pode haver complicações, as quais geram ainda mais oneração para o sistema de saúde, seja com profissionais, medicamentos, exames complementares ou internamentos (BRONDANI et al, 2016; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021).

Desse modo, como a falha dos mecanismos de referência e contrarreferência tem impacto tanto na qualidade de vida do usuário, quanto na oneração do sistema de saúde, faz-se necessário estudar o conhecimento dos usuários do SUS acerca do funcionamento básico do SUS e dos fluxos dentro da RAS, examinando as principais queixas que levam os usuários a procurarem cada instância de atendimento, a fim de apontar as possíveis falhas e propor soluções, para que o serviço seja cada vez mais integral e contínuo.

## **2 MÉTODO**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, realizado nas UBS Céu Azul e Paraíso, localizadas no município de Maringá-PR. O estudo teve como público-alvo os usuários do SUS, maiores de 18 anos de idade, que estavam cadastrados nas UBS de referência e que aceitaram participar da pesquisa mediante concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em anexo.

A coleta de dados foi realizada de forma presencial, abordando os usuários na sala de espera das UBS, respeitando as medidas de segurança exigidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por conta da Pandemia de COVID-19, como uso de máscaras, distanciamento social e higienização das mãos e dos materiais utilizados com álcool em gel. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário objetivo, elaborado pelo próprio autor, contendo questões para investigação socioeconômica, como idade, sexo, escolaridade e renda familiar, e questões que avaliam o conhecimento dos usuários sobre o SUS e os fluxos na RAS. O questionário está disponibilizado em anexo. Ao final da coleta, os participantes da pesquisa receberam um panfleto, também em anexo, contendo as principais informações sobre quando procurar cada instância de saúde.

Para o estudo, não se considerou o motivo que levou os usuários à UBS.

Os pacientes analfabetos também foram incluídos no estudo; nesses casos, o TCLE era lido e explicado, de forma que esses indivíduos expressavam sua concordância ao termo por meio de sua impressão digital. As perguntas eram realizadas de forma oral e o aplicador do questionário preenchia as lacunas.

Para verificação do número de participantes para pesquisa foi realizado o cálculo amostral por intermédio do OpenEpi®, utilizando nível de confiança de 95%. Para a análise dos dados, estes foram inseridos em um formulário obtido pelo Google Forms® e, após esse processo, foram elaboradas planilhas no programa Microsoft Office Excel® 2010, formando um banco de dados para realização da estatística descritiva simples. A análise estatística para a comparação dos dados foi feita pelo Software SPSS® (versão 22.0).

A presente pesquisa passou por aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, respeitando-se os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os voluntários assinaram o TCLE. A pesquisa também foi aprovada pela Secretaria de Saúde de Maringá, para que essa pudesse acontecer nas referidas UBS.

### 3 RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistados 50 (cinquenta) usuários do sistema de saúde, sendo 25 (vinte e cinco) desses pertencentes à UBS Céu Azul e os outros 25 (vinte e cinco) pertencentes à UBS Paraíso.

Os dados socioeconômicos avaliados são resumidos pelo quadro 1. Destaca-se que a maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (62%); isso é decorrente da maior procura das UBS por esse público nos dias em que foi realizada a coleta de dados.

Quadro 1 - Características socioeconômicas dos usuários do SUS. Maringá-PR, 2021.

<b>Característica</b>	<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	19	38
	Feminino	31	62
	Outro	0	0
<b>Idade</b>	18 a 25 anos	9	18
	26 a 35 anos	12	24

	36 a 45 anos	12	24
	46 a 55 anos	9	18
	Acima de 56 anos	8	16
<b>Escolaridade</b>	Nenhum	2	4
	Ensino fundamental incompleto	8	16
	Ensino fundamental completo	5	10
	Ensino médio incompleto	6	12
	Ensino médio completo	21	42
	Ensino superior em curso	2	4
	Ensino superior incompleto	2	4
	Ensino superior completo	3	6
	Pós-graduação	1	2
	Mestrado ou doutorado	0	0
<b>Renda</b>	1 a 3 salários mínimos	42	84
	3 a 7 salários mínimos	6	12
	7 a 10 salários mínimos	2	4
	Mais de 10 salários mínimos	0	0

Fonte: Organização dos autores.

Após as respostas socioeconômicas, os usuários eram instigados a responder acerca do conhecimento geral sobre o SUS, especialmente a respeito da universalidade e da territorialização. Além disso, identificou-se, nessa etapa, o conhecimento dos usuários acerca dos princípios angulares da RAS, como a identificação dos níveis de atenção, a relevância de

cada um desses dentro da rede e a correlação existente entre tais níveis. Tais dados são encontrados no quadro 2.

Quadro 2 - Conhecimento dos usuários sobre o funcionamento do SUS. 2021

<b>Conceito</b>	<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Universalidade</b>	Conhece	45	90
	Não conhece	5	10
<b>Territorialização</b>	Conhece	33	66
	Não conhece	17	34
<b>UBS de referência</b>	Conhece	47	94
	Não conhece	3	6
<b>Níveis de atenção na RAS</b>	Conhece	42	84
	Não conhece	8	16
<b>Relação entre os níveis da RAS</b>	Considera referência e contrarreferência	25	50
	Considera apenas a referência	20	40
	Não conhece	5	10
<b>Importância dos níveis de atenção na RAS</b>	Considera o primário o mais importante	9	18
	Considera o secundário o mais importante	4	8
	Considera o terciário o mais importante	9	18
	Considera os níveis igualmente importantes	28	56
<b>Serviços no nível primário</b>	Apenas atendimentos simples	25	50
	Atendimentos simples e complexos	25	50

Fonte: Organização dos autores.



Com tais informações, percebe-se que a maioria dos entrevistados conhece os princípios básicos tanto do SUS, quanto da RAS. Contudo, observa-se que uma parcela considerável, como vista em “Não conhece a territorialização” (34%), ainda desconhece certas formas de organizar o atendimento aos usuários.

Ainda, os usuários informaram a frequência com que procuravam as instâncias de saúde (quadro 3), com destaque à UBS e à UPA. Destaca-se que a frequência de procura da UBS pode estar relacionada com o acompanhamento de comorbidades ou de outra patologia, contudo, a patologia específica e a frequência do acompanhamento necessário não foram abordados por essa pesquisa.

Quadro 3 - Frequência de procura dos serviços das UBS e da UPA. Maringá-PR. 2021

<b>Serviço</b>	<b>Frequência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>UBS</b>	Mais de uma vez por mês	5	10
	Mensalmente	10	20
	Trimestralmente	5	10
	Semestralmente	5	10
	Anualmente	2	4
	Apenas quando apresenta sintomas simples	22	44
	O dia da coleta era a primeira vez que procurava a Unidade.	1	2
<b>UPA</b>	Mais de uma vez por mês	0	0
	Trimestralmente	1	2
	Semestralmente	1	2
	Anualmente	1	2

	Apenas quando tem sintomas graves	45	90
	Nunca foi	2	4

Fonte: Organização dos autores.

Por fim, analisaram-se as principais queixas que levavam os usuários a procurarem os serviços de saúde, mais uma vez com destaque para a UBS e para a UPA. No quadro 4, são agrupadas apenas as principais queixas que levam os pacientes a cada serviço, sendo que, queixas menos frequentes não constituirão material para essa pesquisa. Ressalta-se que os entrevistados receberam as opções e deviam informar se naquela situação procuraram, em primeiro momento, o nível primário ou secundário.

Quadro 4: Principais queixas que levam os usuários a procurarem a UBS ou a UPA.

<b>Serviço</b>	<b>Queixa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>UBS</b>	Consultas médicas de rotina	49	98
	Realizar vacinação	50	100
	Retirar medicações ou curativos	46	92
	Controle de doenças crônicas	48	96
	Ir a grupos de apoio	46	92
<b>UPA</b>	Dispneia intensa	43	86
	Dor intensa, no tórax ou no abdome	45	90
	Acidentes de trânsito ou de trabalho	50	100
	Fratura de membros	48	96

Fonte: Organização dos autores.

Destaca-se que os usuários foram unânimes quanto à “Vacinação” e aos “Acidentes de trânsito ou de trabalho”, sendo que, nessas situações, a UBS e a UPA seriam procuradas respectivamente.

#### **4 DISCUSSÃO**

Com os resultados obtidos, verifica-se que a maioria dos usuários entrevistados, independente das condições socioeconômicas, conhece o funcionamento básico do SUS e da RAS. Contudo, ainda observa-se uma proporção significativa dos usuários que desconhecem alguns dos princípios, o que pode causar desentendimentos entre as aspirações da população e o serviço ofertado pelas diversas instâncias de saúde.

Ora, se há a garantia da participação social dos usuários no SUS (BRASIL, dezembro de 1990), é adequado que a população conheça seus princípios de funcionamento, para que possa fornecer opiniões e alternativas para a melhoria do serviço, bem como para a construção de uma rede de atendimento mais próxima das necessidades específicas da comunidade, que atue de forma integral e humanizada. Todavia, observa-se que a participação popular é ainda algo distante para a maioria dos cidadãos (SILVA et al, 2019), fato que contribui para o funcionamento incompleto do SUS e, conseqüentemente, da RAS.

O conceito de universalidade garante o acesso a toda a população, independente da renda, aos serviços de saúde prestados, sejam eles de baixa, média ou alta complexidade (BRASIL, setembro 1990). O fato de 10% dos participantes não concordarem com essa afirmação, corrobora com o argumento de que o SUS ainda é destinado à população mais carente, que não pode pagar por planos privados de saúde, e, por isso, ainda apresenta estigma social negativo e falhas em determinados aspectos (REIGADA; ROMANO, 2018).

Assim, a população passa a ver a saúde universal não como um direito de cidadania, mas sim como uma prestação de favor, um ato filantrópico aos mais necessitados, que carrega a ideia de uma desqualificação social (REIGADA; ROMANO, 2018). Contudo, mesmo que haja a associação do SUS com a precariedade, é necessário reconhecer as questões

sociais como algo intrínseco da sociedade brasileira, que pode ser enfrentado fortalecendo as políticas de saúde e instruindo a população (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Outro ponto de destaque é a territorialização, que tem papel fundamental durante a atuação no cotidiano dos indivíduos, de forma a incentivar a continuidade do cuidado, a equidade e a produção de saúde (JUSTO et al, 2017; PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020). Apesar da maioria dos entrevistados relatarem que conhecem a sua UBS de referência, 34% dos indivíduos ainda desconhecem esse princípio. Como o processo de territorialização é viabilizado pela busca ativa, a falta de padronização e incentivo ao trabalho, principalmente do Agente Comunitário de Saúde (ACS), dificulta a criação de vínculo e limita o trabalho, o que é refletido em falhas em uma das portas de entrada ao SUS (FARIA, 2020). Com isso, a orientação dos usuários e o seu acesso ficam comprometidos, o que também distancia o modelo de atenção do cuidado integral e contínuo.

Ao considerar a RAS como um “funil”, em que os serviços de menor densidade tecnológica são mais dispersos e os de maior densidade são concentrados, é de fundamental importância sustentar todas as portas de entrada possíveis (SANTOS, 2017). A organização do fluxo dentro desse “funil” passa pela construção dos conceitos de referência e contrarreferência, que surgem na tentativa de evitar a fragmentação do sistema de saúde, promovendo melhores resultados econômicos e sanitários, ao ligar uma instância de serviço à outra (DAMACENO et al, 2020).

Outrossim, é necessário que os usuários também compreendam as diferenças entre os níveis de atenção, a fim de evitar o atendimento de pacientes, com queixas que poderiam ser resolvidas em instâncias de menor porte, em serviços com maior densidade tecnológica e vice-versa (SANTOS, 2017). Contudo, o que se observa é que ainda há uma parcela dos entrevistados (16%) que não conhece nem a organização da RAS em diferentes níveis de atenção.

O reflexo disso é visto quando 44% dos usuários não reconhece a igualdade de importância entre os diferentes níveis de atenção, sendo que, desses, aproximadamente 59% consideram os níveis com mais densidade tecnológica os mais importantes, sustentando o argumento de Gontijo et al (2017), Santos (2017) e Araújo et al (2016) de que os usuários

têm uma tendência a procurar os níveis mais complexos, independente da queixa, por considerá-los mais resolutivos. Outro fator que pode contribuir para esses dados é a percepção do serviço, principalmente da APS, como algo demorado e burocrático, enquanto que os outros níveis tendem a ser mais rápidos para prestar atendimentos e receber resultados de exames, por exemplo (GONTIJO et al, 2017; GOMIDE et al, 2018).

Gomide e colaboradores (2018) ainda exploram que a maioria dos usuários compreende a organização burocrática para o atendimento na unidade de saúde, mas, ainda assim, por conta da demora no serviço ou por conta da falta de recursos, acaba procurando outra instância, normalmente de maior nível tecnológico. Esse descontentamento pode refletir no aumento da demanda dos serviços da UPA, que fica superlotada, sobrecarregando os profissionais, que passam a prestar um atendimento mais impessoal, rápido e superficial, além de contribuir para a maior demora no atendimento, comprometendo, novamente, a integralidade do cuidado e aumentando a morbimortalidade de indivíduos que necessitam de atendimento de maneira mais rápida (GOMIDE et al, 2018; BRASIL, 2020).

Isso pode ser evidenciado pelos resultados desse estudo, em que, apesar da maioria dos indivíduos procurarem corretamente a UBS para controle de doenças crônicas, por exemplo, ainda há indivíduos (4%) que reconhecem esse serviço como uma função da Atenção Secundária, contribuindo para o aumento das filas nessa instância de forma desnecessária. Considerando que apenas a aplicação de vacinas foi considerada pela totalidade dos entrevistados como um serviço ofertado pela APS, esse panorama também pode ser evidenciado quando se trata da procura do serviço por outras queixas.

Contudo, tratando-se da frequência de procura pelos serviços da UPA, apenas uma reduzida quantidade de entrevistados (6%) evidencia a procura regular desse serviço, sendo que a maioria dos indivíduos (90%) relata que a procura se dá apenas em casos de sintomas graves. Ainda, a maioria dos entrevistados relata que, em caso de queixas de urgência e emergência, como dispneia intensa, em acidentes de trânsito ou trabalho, fratura de membros ou dor intensa no tórax ou no abdome, a UPA seria a instância a ser procurada inicialmente, preferencialmente por demanda espontânea. Destarte, em queixas como dispneia intensa, alguns indivíduos (14%) procurariam inicialmente a UBS; ao chegar à

unidade, esses indivíduos seriam triados e, a partir disso, os profissionais da unidade determinariam a necessidade de encaminhamento ou não (SANTOS et al, 2017).

Esse fator se interliga a outro ponto analisado por esse estudo, no qual metade dos entrevistados considera a referência e a contrarreferência como possíveis dentro da RAS, enquanto que 40% consideram apenas a referência e 10% não reconhecem a rede como interligada. Com efeito, infere-se que a maioria dos usuários ou já foram encaminhados, ou já foram instruídos sobre a possibilidade de encaminhamento, o que colabora para que a população, ainda que inconscientemente, se sinta respaldada pelo sistema de saúde, no sentido de ter sua queixa sempre atendida no local mais adequado para resolvê-la. Colaborando com tal questão, o mesmo foi evidenciado no estudo de Oliveira, Silva e Souza (2021), no qual a maioria dos usuários referiu já ter sido encaminhada a algum outro serviço, mas alguns ainda não conheciam, integralmente, a possibilidade de referência e de contrarreferência.

O contraponto de tal questão é que alguns profissionais ainda não reconhecem a importância do encaminhamento ou como realizá-lo de forma adequada, o que contribui para a fragmentação da RAS e o prejuízo no cuidado populacional (BRONDANI et al, 2016; OLIVEIRA; SILVA; SOUZA, 2021). A fragmentação atrapalha a ordenação do serviço pela APS e o fluxo de usuários, comprometendo a qualidade do serviço prestado ao aumentar a demanda espontânea e o atendimento de queixas em locais que não são destinados, inicialmente, a atendê-las (BRONDANI et al, 2016). Ainda, segundo Oliveira et al (2019), apesar de haver falhas nos mecanismos de referência, o principal prejuízo é visto durante a contrarreferência, uma vez que muitos especialistas referem não realizá-la, o que se soma à porcentagem de usuários desse estudo que não conhecem a contrarreferência (50%), muito provavelmente por não terem experienciado ou terem sido instruídos sobre essa relação dentro da RAS.

Se a contrarreferência não funciona, a APS se fragiliza, tendo em vista a "saída" do usuário da rede após a resolução de sua queixa (HERMIDA et al, 2019). A fim de atuar sobre tal panorama, surge o papel das enfermeiras de ligação, que se comunicam os profissionais da APS acerca do quadro clínico dos pacientes que recebem alta na UPA ou no hospital,

resultando em maior compreensão, pelos profissionais e usuários, sobre o funcionamento da RAS, fortalecimento da contrarreferência, agilidade na aquisição de insumos para a continuidade do cuidado, maior conhecimento do usuário por parte da equipe da APS e maior resolutividade (RIBAS et al, 2017). Essa poderia ser uma solução para que a rede funcionasse de maneira mais coesa, a fim de que os pacientes fossem atendidos de forma integral, evitando o processo de ruptura com o sistema após a saída do centro de maior complexidade.

Associada a essa intervenção, seria prudente, segundo Hermida et al (2019) a implantação nacional de um sistema de prontuários eletrônicos, a fim de facilitar o acesso pelos profissionais, em qualquer local do Brasil, sobre o histórico de saúde do paciente, suas comorbidades, medicações em uso, fragilidades, tratamentos realizados, entre outros. Isso poderia acelerar o atendimento, garantir uma assistência contínua e, ainda, reduzir a oneração ao sistema, evitando a realização de exames complementares, por exemplo, que já tenham sido feitos em outro serviço.

Assim, cabe também a educação dos usuários por parte dos profissionais de saúde. Orientações sobre quando procurar cada serviço, no caso da demanda espontânea, podem contribuir para a educação em saúde, despertando na população a autonomia sobre o seu processo saúde-doença e também reduzindo, mesmo que parcialmente, o congestionamento de instâncias de maior densidade tecnológica. Tal fator contribuiria, então, para o alívio da sobrecarga desses profissionais, garantindo um atendimento mais humanizado e assertivo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo buscou compreender como os usuários do SUS entendem a articulação entre os diferentes níveis de atenção dentro da RAS. Os resultados obtidos mostram que ainda há dificuldades na compreensão do funcionamento básico do sistema, o que contribui para que os serviços ainda se encontrem falhos, muito por conta do aumento da demanda espontânea por serviços, muitas vezes, inadequados para resolver determinada queixa. É

imprescindível que, tanto os usuários do SUS, quanto os profissionais que prestam serviços nos mais diversos níveis de atenção, estejam conscientes acerca do seu papel de manutenção de um fluxo homogêneo dentro da rede, a fim de favorecer um atendimento integral, contínuo e humanizado.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.H.V. *et al.* Compreensão dos usuários do SUS sobre a classificação de risco na rede de urgência e emergência por meio de um programa de educação tutorial. **Rev Med Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 26, n. 1823, p. 1-8, dez. 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2231#>. Acesso em: 08 mar. 2020.

BASTOS, M.L. *et al.* The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. **Plos One**, [s.l.], v. 12, n. 8, p. 1-14, 7 ago. 2017. Public Library of Science (PLOS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182336>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182336>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília-DF. 28 dez 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 set 2017; seção 1, pág. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010; seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: congestão e superlotação dos serviços hospitalares de urgências** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2020. 81 p.: il.

BRONDANI, J.E., *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350>>. Acesso em: 08 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.



COUTO, V.B.M., *et al.* Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev Bras Educ Med**, Brasília-DF, v. 42, n. 2, p. 5-14, June 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022018000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022018000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb2016107>.

DAMACENO, A.N., *et al.* Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev Enferm UFSM**. Santa Maria-RS, v. 10, e14, p. 1-14, jan 2020. DOI: [10.5902/2179769236832](https://doi.org/10.5902/2179769236832). Acesso em: 20 abr. 2021.

FARIA, R.M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [On-line]**. Santa Maria-RS. v. 25, n. 11, p. 4521-30. 2020; DOI: [10.1590/1413-812320202511.30662018](https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018). Acesso em: 25 abr. 2021.

GOMIDE, M.F.S., *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 65, p. 387-98. 2018. DOI: [10.1590/1807-57622016.0633](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633). Acesso em: 22 abr. 2021.

GONTIJO, T.L., *et al.* Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde Debate [On-line]**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 741-752, jul-set 2017. DOI: [10.1590/0103-1104201711406](https://doi.org/10.1590/0103-1104201711406). Acesso em: 22 abr. 2021.

HERMIDA, P.M.V., *et al.* Counter-referral in Emergency Care Units: discourse of the collective speech. **Rev Bras Enferm**. Brasília-DF, v. 72, supl. 1, p. 143-150, Feb. 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000700143&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000700143&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 maio 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0023>.

JUSTO, L.G., *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1345-54. 2017. DOI: [10.1590/1807-57622016.0512](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512). Acesso em: 28 abr. 2021.

OLIVEIRA, C.C.R.B.; SILVA, E.A.L.; SOUZA, M.K.B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 31(1), e310105, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>. Acesso em: 02 maio 2021.

OLIVEIRA, C.R.F., *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 35, n. 4. e00119318. 2019. DOI: [10.1590/0102-311X00119318](https://doi.org/10.1590/0102-311X00119318). Acesso em: 21 abr. 2021.

PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L.C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva [On-line]**. v. 25, n. 5, p. 1699-1708. 2020. DOI: [10.1590/1413-81232020255.33972019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019). Acesso em: 02 maio 2021.

REIGADA, C.L.L.; ROMANO, V.F. O uso do SUS como estigma: a visão de uma classe média. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280316, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280316>. Acesso em: 29 abr. 2021.

RIBAS, E.N., *et al.* Enfermeira de ligação: uma estratégia para a contrarreferência. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v. 71, supl. 1, p. 591-8. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0490>. Acesso em: 15 maio 2021.

SANTOS L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [On-line]**. v. 22, n. 4, p. 1281-89. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.26392016. Acesso em: 10 maio 2021.

SILVA, A.S. *et al.* Social participation in the health technology incorporation process into Unified Health System. **Rev de Saúde Pública [On-line]**. v. 53, p. 109-21. 2019. DOI <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001420>. Acesso em: 27 abr. 2021.

UCHIMURA, L.Y.T., *et al.* Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. **Rev Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 972-983, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00972.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2020.

### **1 – Gustavo Gomedí**

Discente de Medicina

<https://orcid.org/0000-0001-6879-5717> • [ggomedi@gmail.com](mailto:ggomedi@gmail.com)

Contribuição: responsável pela elaboração do pré-projeto, pela coleta e análise dos dados, pela escrita do artigo na íntegra e pela revisão final após o processo de correções

### **2 – Ludmila Lopes Maciel Bolsoni**

Docente/adjunto do curso de Medicina, Docente do curso de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem

<https://orcid.org/0000-0002-1645-8572> • [ludmila.bolsoni@docentes.unicesumar.edu.br](mailto:ludmila.bolsoni@docentes.unicesumar.edu.br)

Contribuição: responsável por direcionar a metodologia do estudo, por orientar a coleta e análise de dados e por corrigir o trabalho na íntegra

### **3 – Aliny de Lima Santos**

Enfermeira, Docente do curso de Medicina e do curso de Enfermagem, Doutora em Enfermagem

<https://orcid.org/0000-0002-4392-4452> • [aliny.santos@unicesumar.edu.br](mailto:aliny.santos@unicesumar.edu.br)

Contribuição: responsável por orientar o trabalho em todas as suas etapas, participando da correção da versão final da pesquisa