

ANÁLISE DE ESTRATÉGIA PARA APLICAÇÃO DE SISTEMA ELETRÔNICO NA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

ANALYSIS STRATEGY FOR IMPLEMENTATION OF THE ELECTRONIC SYSTEM IN THE REFERENCE AND COUNTER - REFERENCE IN HEALTH SERVICES

Márcia Gasparini Canuto Morato¹; José Laerte Rodrigues da Silva Júnior¹; Diana Alves Carneiro²; Sylvana Castro Sacchetim³; Alexandre Chater Taleb³; Marcelo Fouad Rabahi³

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia Goiás Brasil. ² Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia Goiás Brasil. ³ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia Goiás Brasil.

Resumo

Objetivo: analisar estratégias para implantação do Sistema de Referência e Contrarreferência por meio eletrônico nos serviços de saúde. **Métodos:** dentre as estratégias estava uma maior integração entre a Atenção Primária à Saúde e os outros níveis de atenção por meio de uma melhor comunicação entre os médicos. No estudo foram envolvidas três Unidades de Saúde da Família. Uma delas funcionou como a rotina do serviço, e nas outras duas foram realizadas intervenções: estímulo e orientações aos profissionais e aos pacientes. Em uma, foi disponibilizado o sistema de referência e contrarreferência informatizado. Avaliou-se o número de referências dos pacientes aos médicos especialistas e de contrarreferências às Unidades de Saúde da Família de origem do encaminhamento. **Resultados:** no período do estudo a taxa de encaminhamentos foi de 8,56%. O tempo para consulta especializada variou de 1 a 90 dias, após a emissão do encaminhamento de referência, e o tempo do retorno do paciente à Unidade de Saúde de origem foi de 6 a 110 dias. O estudo demonstrou ainda que foram solicitadas e agendadas mais consultas nas Unidades de Saúde da Família Intervenção. **Conclusões:** o estudo confirmou falhas existentes no sistema, como: dificuldades de acesso da população aos especialistas e baixo número de retorno de pacientes referenciados às Unidades de Saúde de origem. Foi verificado, também, que orientações e estímulo aos profissionais e aos pacientes influenciam positivamente no retorno destes e de contrarreferências, e que é factível implantar o sistema de referência e contrarreferência por meio eletrônico nas Unidades de Saúde.

Abstract

Objective: analyzing strategies for the implementation of reference and counter reference system electronically in health services. **Methods:** among the strategies was greater integration between Primary Health Care and other levels of care through better communication among doctors. In the study involved three Family Health Units. One of them worked as a routine service, and the other two interventions were performed: encouragement and guidance to professionals and patients. In one, it was made available the system of reference and counter reference computerized. We evaluated the number of referrals of patients to medical specialists and counter reference the Family Health Units referral source. **Results:** during the study period the rate of referrals was 8.56%. The time for expert consultation ranged from 1 to 90 days after the issuance of the reference forwarding, and the patient return time to the Health Unit of origin was 6-110 days. The study also showed that were requested and scheduled further consultations in the Family Health Units of the Intervention. **Conclusions:** the study confirmed flaws in the system, such as people's access difficulties to specialists and low number of return patients referred to Health Units of origin. It was also verified that guidance and encouragement to professionals and patients positively influence the return of these and counter-reference, and that it is feasible to implement the system of reference and counter reference electronically in the Health Units.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde. Referência e Contrarreferência. Tecnologia em Saúde.

Keyword:

Primary Health Care. Reference and counter reference. Technology in Health.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Márcia Gasparini Canuto Morato
E-mail: marcia_canuto2003@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) abrange procedimentos menos densos tecnologicamente, mas podem exigir grande complexidade. Por isso, destaca-se a importância da integralidade da atenção, que garante arranjos às unidades de atenção primária, a fim de os pacientes serem contemplados com todos os tipos de serviços de saúde, os quais incluem o encaminhamento para a atenção secundária e terciária.^{1,2}

No Brasil, apesar dos avanços alcançados com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos maiores entraves para a efetivação do sistema é a fragmentação da oferta de ações e serviços, o que afeta a integralidade da atenção. As demandas sociais são atendidas com ações reativas e episódicas, por meio de um sistema hierárquico e piramidal. Essa visão, que é distorcida, apoia-se em um conceito de complexidade equivocado, ocasionando graves transtornos. Para que esse sistema funcione a contento, essa concepção deve ser substituída pelas redes poliárquicas de atenção à saúde, conforme as diferentes densidades tecnológicas e que possa romper com as relações verticalizadas, transformando-se em redes policêntricas horizontais.³⁻⁷

O suporte operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é a APS, que deve exercer a função de centro de comunicação, e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários. Além destes pontos, as redes são compostas por sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, teleassistência e sistemas de informação em saúde. São estruturadas também pelos sistemas logísticos, como registro eletrônico em saúde, entre outros e, ainda, pelo sistema de governabilidade da RAS. ^{4,6} Quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não exerce o papel regulador, ocorrem transtornos no sistema de atenção. São aumentadas as chances de duplicidade nas solicitações de exames complementares e de consultas especializadas, são constituídas filas de espera e há incremento dos custos totais da área da saúde. ^{3,8}

Estudiosos acreditam que um forte sistema de atenção primária é o eixo da efetividade na coordenação dos cuidados de saúde.^{9,10,11} Com a finalidade de ampliar a resolutividade e o

impacto na situação de saúde das pessoas, exercendo a coordenação do cuidado, o Ministério da Saúde estabeleceu a Estratégia de Saúde da Família para reorientação do modelo assistencial. Entre as inserções e mudanças para o alcance de tal meta, estão ações, como a identificação dos especialistas, a definição de critérios de referência e contrarreferência, a construção de um sistema eletrônico ou de registro em papel e outros.³

Conforme o CFM¹², o prontuário em papel possui diversas limitações: está predisposto à ilegibilidade, ambiguidade, perda constante da informação, dificuldade de acesso, danos em virtude da fragilidade do papel, entre outras. Diversos estudos realizados no mundo têm evidenciado o impacto positivo sobre a saúde proporcionado pela implementação de um Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Registro Eletrônico de Saúde (RES). A utilização desse instrumento vem crescendo a cada dia e, pode trazer vantagens para os profissionais de saúde, pacientes, gestores e para toda a equipe envolvida na atenção à saúde. A propósito é essencial que o médico utilize uma ferramenta de alta qualidade, segurança e de acesso em tempo real.¹³⁻¹⁵

Esse cenário instigou a busca de ideias que possam fomentar mudanças por meio da introdução de ferramentas inovadoras e de adequadas práticas nos serviços de saúde. Tendo em vista, por um lado, os inquestionáveis benefícios da informatização, a relevância da efetividade de um sistema informatizado para a saúde pública brasileira, conhecendo, por outro lado, os problemas na forma usual de execução do Sistema de Referência e Contrarreferência e a importância que esse sistema tem para a organização e operacionalização dos serviços de saúde, foi proposto este estudo, destinado a analisar estratégias para implantação do Sistema de Referência e Contrarreferência por meio eletrônico. Acredita-se que este estudo seja de grande relevância para a efetivação da coordenação do cuidado no SUS, por meio do fortalecimento da APS e da integração entre os níveis de assistência.

MÉTODOS

O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, do Hospital das Clínicas (HC), da

Universidade Federal de Goiás (UFG), n. 005/2012 e aprovado por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) PLATAFORMA BRASIL n. 02385712.0.0000.5078. Cumpriram-se, com rigor, os princípios éticos da Resolução N. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Estudo prospectivo, de intervenção não randomizada com grupos experimentais e de controle, escolhidos com base em critérios de conveniência.

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Anápolis-Goiás: USF Nova Vila, USF Arco Verde/Setor Sul e USF JK. A escolha das unidades de saúde ocorreu valendo-se do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) (duas em cada USF) e do fato de a equipe contar com todos os profissionais. Foram considerados também a abrangência de cobertura populacional, a existência de equipes aptas a gerarem um número significativo de encaminhamentos necessários para atingir a amostra calculada, a presença de USF informatizadas, bem como a disponibilização do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) em pleno funcionamento.

O período de desenvolvimento da pesquisa foi entre julho de 2012 e fevereiro de 2013.

Para análise, foram incluídos os encaminhamentos de referência feitos pelos médicos das três USF em estudo, atuantes nas ESF, para os médicos especialistas. Foram incluídas as contrarreferências preenchidas que retornaram para os médicos das USF do estudo, no período entre 1º de agosto de 2012 a 1º de dezembro de 2012, e aceitas as referências dos pacientes feitas entre 1º de agosto de 2012 a 1º de outubro de 2012.

Foram excluídos da análise, os encaminhamentos de referência dos pacientes atendidos no período entre 1º de agosto a 1º de outubro de 2012, com os números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) não localizados no SISREG.

O fluxo dos pacientes referenciados pelos médicos das USF em estudo para os médicos especialistas foi acompanhado pela pesquisadora por meio do SISREG, durante o período da pesquisa, mediante senha, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

As USF envolvidas na pesquisa foram visitadas pela pesquisadora para explanação acerca do estudo aos gestores e profissionais de saúde locais. Inicialmente, o contato foi realizado com os médicos de cada USF de forma individual. A seguir, foram dadas orientações às enfermeiras, técnicas em enfermagem das USF Intervenção e às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das três USF envolvidas no estudo; por meio de uma abordagem realizada por categoria profissional e por ESF. As explicações e solicitações foram feitas também aos auxiliares administrativos, individualmente e, por USF Intervenção. Houve orientações e estímulos aos profissionais e aos pacientes das USF Intervenção I e II.

O Núcleo de Telemedicina e Telessaúde localizado na Faculdade de Medicina (FM) – Universidade Federal de Goiás (UFG) - forneceu o suporte de telemática ao estudo. Foi criado pela pesquisadora e operacionalizado pelo Núcleo, um sistema de feedback (Referência e Contrarreferência) entre os profissionais médicos das Equipes de Saúde da Família envolvidos na pesquisa da USF JK e os médicos especialistas, por meio da Telemedicina. Foram gerados sites e senhas de acesso para a utilização do sistema pelos médicos. A Ficha de Referência e Contrarreferência utilizada foi a padrão da Secretaria Municipal de Saúde.

Medidas de Intervenção

Uma Carta da Pesquisa foi entregue aos médicos das USF – B e C – (Intervenções I e II, respectivamente), para que fossem repassadas aos pacientes no momento do encaminhamento gerado após a consulta. Na USF C, a Carta da Pesquisa foi acompanhada por uma Ficha de Fluxo.

A Carta da Pesquisa constava informações sobre a importância do retorno da contrarreferência do paciente à USF e a solicitação ao médico especialista para o preenchimento desta. Já a Ficha de Fluxo, continha esclarecimentos sobre a utilização do sistema eletrônico criado e um questionário aos médicos especialistas referentes ao acesso à informatização nos locais de trabalho.

Os médicos das USF B e C receberam envelopes para colocar a Ficha de Referência e a Carta da Pesquisa, e/ou a Ficha de Fluxo, com a identificação: “Ao Médico Especialista”. Os pacientes referenciados destas USF foram orientados pelos médicos a entregar estes envelopes em mãos aos médicos especialistas, como também a trazer de volta a Ficha de Contrarreferência e/ou a Ficha de Fluxo, preenchidas, no retorno à USF de origem.

A consulta especializada poderia ser solicitada pelo paciente, em qualquer uma das unidades de saúde do município que possuísse o SISREG.

Nas USF B e C, a Ficha de Referência foi preenchida em três vias: uma permaneceu na USF, outra foi colocada dentro do envelope e a terceira entregue aos pacientes para o agendamento da consulta especializada nas Unidades de Saúde do município. A via da Ficha de Referência que permaneceu nas USF foi recolhida e arquivada.

Aos demais profissionais das USF B e C foi entregue uma solicitação de apoio para reforçarem as orientações realizadas aos pacientes referenciados pelos médicos das ESF.

Na USF A (Rotina do Serviço), a Ficha de Referência foi preenchida manualmente pelo médico e entregue ao paciente sem as orientações, ou seja, conforme realizado na rotina diária do serviço.

Na USF B (Intervenção I), os médicos receberam a Ficha de Orientações. A Ficha de Referência foi preenchida de forma manual.

Na USF C (Intervenção II), os médicos receberam a Ficha de Orientações e foram orientados a utilizar o sistema informatizado de Referência e Contrarreferência. A Ficha de Referência foi preenchida manualmente e também foi enviada ao médico especialista por meio eletrônico. O envio das respostas dos especialistas para os médicos da USF por meio eletrônico dispensava o preenchimento manual das Fichas de Fluxo e de Contrarreferência.

Foram realizadas visitas aos locais de trabalho dos médicos especialistas para preenchimento do questionário da Ficha de Fluxo, caso o paciente retornasse à USF Intervenção II sem a contrarreferência preenchida e/ou sem o questionário da Ficha de Fluxo respondido.

Para a análise de dados, foram considerados dois grupos: de comparação das taxas de encaminhamento feito pelos médicos das três USF do estudo e o de comparação do retorno do paciente e de contrarreferência às USF Intervenção com a USF sem intervenção.

Os resultados foram analisados por meio do programa STATA, versão 11.0 (Stata Corp, College Station, TX, EUA). O teste de normalidade empregado (Shapiro-Wilk) rejeitou a distribuição normal para as variáveis quantitativas, portanto os dados foram descritos utilizando-se de mediana, intervalo interquartil (iqr), valor mínimo e valor máximo. Para a comparação de duas medianas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e, para cotejar três ou mais medianas, empregou-se o teste de Kruskal-Wallis. O teste de qui-quadrado e o teste exato de Fisher foram utilizados para análise de variáveis dicotômicas. Para todos os testes, valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Tabela 1 – Número total de atendimentos e encaminhamentos de referência das USF de origem entre 1º de agosto a 1º de outubro de 2012, Anápolis-GO.

Variáveis	USF Nova Vila (Rotina do Serviço)	USF Arco Verde / Setor Sul (Intervenção I)	USF JK (Intervenção II)	Total	p
Atendimentos, n (%)	2.235 (35,95)	1.965 (31,60)	2.018 (32,45)	6.218 (100)	<0,0001
Referências, n (%)	124 (23,31)	132 (24,81)	276 (51,88)	532 (100)	

Teste Qui-Quadrado.

No período do estudo, que correspondeu a 1º de agosto de 2012 a 1º de outubro de 2012, a taxa de encaminhamentos foi de 8,56%. A taxa de

encaminhamentos na USF Rotina do Serviço foi de 5,55%; na USF Intervenção I, de 6,72%, já a USF Intervenção II apresentou uma taxa de 13,68%.

Tabela 2 – Situação da solicitação das consultas especializadas no SISREG em relação às USF com e sem intervenção entre 1º de agosto a 1º de dezembro de 2012, Anápolis-GO.

Intervenção	Solicitação das consultas especializadas através do SISREG			p
	Sim	Não	Total	
Sim n (%)	245 (65,16)	131 (34,84)	376 (100)	0,001
Não n (%)	55 (47,41)	61 (52,59)	116 (100)	
Total n (%)	300 (60,98)	192 (39,02)	492 (100)	

Teste Qui-Quadrado

Tabela 3 – Situação do agendamento das consultas especializadas em relação às USF com e sem intervenção entre 1º de agosto a 1º de dezembro de 2012, Anápolis-GO.

Intervenção	Situação do agendamento das consultas especializadas			p
	Sim	Não	Total	
Sim n (%)	217 (57,71)	159 (42,29)	376 (100)	0,006
Não n (%)	50 (43,10)	66 (56,90)	116 (100)	
Total n (%)	267 (54,27)	225 (45,73)	492 (100)	

Teste

Qui-Quadrado

Análise da estratégia nos serviços de saúde

Das 54,27% consultas agendadas, 4,12% foram canceladas, e 9,78% consultas solicitadas ficaram pendentes no sistema.

O tempo para consulta especializada variou de 1 a 90 dias, após a emissão do encaminhamento

de referência, feito pelos médicos das USF de origem, e a mediana geral foi de 20 dias. Não houve diferença significativa entre o tempo para consulta especializada e a USF de origem do encaminhamento de referência ($p = 0,14$).

Tabela 4 – Distribuição da relação entre retorno dos pacientes às USF de origem e as USF de origem do encaminhamento de referência entre 1º de agosto a 1º de dezembro de 2012, Anápolis-GO.

USF de origem do encaminhamento de referência	Retorno do paciente à USF de origem			p
	Sim	Não	Total	
USF Rotina do Serviço n (%)	0 (0,00)	50 (100)	50 (100)	0,002
USF Intervenção I n (%)	7 (10,14)	62 (89,86)	69 (100)	
USF Intervenção II n (%)	24 (16,22)	124 (83,78)	148 (100)	
Total n (%)	31 (11,61)	236 (88,39)	267 (100)	

Teste Exato de Fisher

Tabela 5 – Relação entre a USF de origem do encaminhamento de referência e o retorno do paciente à USF de origem com a contrarreferência, entre 1º de agosto a 1º de dezembro de 2012, Anápolis-GO.

Retorno do paciente à USF com a contrarreferência	USF de origem do encaminhamento de referência				p
	USF Verde/Setor (Intervenção I)	Arco Sul	USF (Intervenção II)	JK	
	Total	Total	Total	Total	
Sim n (%)	3 (20)		12 (80)	15 (100)	0,53
Não n (%)	4 (25)		12 (75)	16 (100)	
Total n (%)	7 (22,58)		24 (77,42)	31 (100)	

Teste Exato de Fisher

Como o sistema de referência e contrarreferência por meio eletrônico estava disponível na USF Intervenção II, foram avaliados os retornos dos 24 pacientes a essa USF. Desses pacientes, 50% vieram com a

contrarreferência e 50% retornaram sem a contrarreferência. Entretanto, as 12 contrarreferências que voltaram foram preenchidas manualmente.

De 20 médicos especialistas que atenderam os

pacientes encaminhados das USF envolvidas no estudo, 100% referiram não ter acesso à tecnologia de informação nas Unidades de Saúde no local de trabalho.

O tempo do retorno do paciente à USF de origem após a emissão do encaminhamento de referência variou de 6 a 110 dias, e a mediana geral foi de 47 dias.

DISCUSSÃO

A taxa de encaminhamentos da atual pesquisa encontra-se conforme a literatura internacional. Em países europeus, um estudo mostrou diferenças dessas taxas entre 5 e 20%.¹⁶ A resolutividade recomendada da APS é de 80 a 90%.³

O estudo demonstrou que foram solicitadas e agendadas mais consultas nas USF Intervenção. Isso, provavelmente, esteja relacionado ao estímulo e às orientações aos profissionais e aos pacientes destas unidades de saúde. A ação educacional articula estratégias necessárias à aprendizagem de pessoas e ao treinamento em serviço, propiciando mudanças culturais e também na reorganização da prática dos profissionais, desenvolvidas com qualidade, no cuidado ao paciente.¹⁷

Com isso, evidencia-se a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde e a necessidade de estratégias que viabilizem a reorganização do sistema. Estudos realizados apontaram como o primeiro e o grande desafio do sistema de saúde a dificuldade de acesso aos níveis de complexidade.^{18,19}

Acredita-se que o longo prazo para a consulta especializada está relacionado às dificuldades para a organização do sistema de saúde. Em pesquisa realizada por Guerra²⁰, em Belo Horizonte (MG), o tempo de espera para a primeira consulta com o médico especialista foi de 3,77 meses. Rodrigues²¹ constatou uma variação maior deste tempo, de 0 a 195 dias, em Alfenas-MG. Já, em pesquisa na Finlândia, registrou-se uma variação menor, de 21 a 45 dias,

com uma média de 32 dias.²² Situação semelhante foi citada por Cavalcanti et al.,²³ no Ceará-Brasil, onde a mediana de tempo de espera entre a consulta na atenção básica e a consulta especializada variou de 15 a 30 dias. Isso mostra que a variação do tempo entre a consulta na Atenção Primária e na Atenção Especializada ocorre de acordo com a realidade de cada local.

Verificou-se, assim, que a maioria dos pacientes encaminhados aos médicos especialistas não retornam às USF de origem. A hipótese é de que a maior parte destes teve o acompanhamento dos casos na própria Unidade de Saúde de referência. O estudo de Rodrigues,²¹ em Alfenas (MG), demonstrou resultados semelhantes: dos pacientes referenciados para especialistas, 10,1% retornaram à unidade de origem. Atestou, ainda, que 72,2% dos usuários atendidos nas unidades de especialidades tiveram a continuidade do seu tratamento na própria unidade em que foram referenciados. Já Starfield¹ relata que, nos Estados Unidos, a taxa de retorno do paciente foi ainda menor, de 0 a 2%. A autora acredita que uma percentagem considerável de pacientes que são encaminhados não é reencaminhada ao médico que fez o encaminhamento.

Com este estudo, pode-se asseverar que o retorno dos pacientes à USF de origem ocorreu apenas nas USF Intervenção. Isso evidencia que, provavelmente, as orientações e o estímulo aos profissionais e pacientes interferiram de forma positiva nos resultados. Não houve diferença significativa entre o retorno dos pacientes com a contrarreferência e as duas USF Intervenção. Portanto, do total de retornos, praticamente a metade voltou com a contrarreferência preenchida.

Provavelmente, o estímulo e as orientações aos profissionais e aos pacientes influenciaram positivamente nos resultados. Estudo realizado em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul (RS) evidenciou que 10% dos pacientes retornaram com a contrarreferência à Unidade de Saúde de origem.²⁴ Em pesquisa desenvolvida em Itajaí

(SC), Fratini et al.,²⁵ observaram que a referência e a contrarreferência, apesar de ser uma das bases de transformação planejadas na área da saúde, ainda se encontram pouco avançadas, tanto em abordagem teórica quanto em concretização de experiências efetivas.

Outros estudos evidenciaram a ausência de um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entre as principais dificuldades encontradas no sistema de saúde.^{19,26} Algumas pesquisas ressaltaram, ainda, a inexistência de contrarreferências.^{27,28}

Deve ser assegurado, entretanto, que 100% dos pacientes que retornam dos especialistas às Unidades de Saúde de origem do encaminhamento levem a contrarreferência preenchida realizada de acordo com o sistema padronizado.³

Os encaminhamentos manuais, entretanto, possuem várias desvantagens, como demonstrou o estudo internacional, realizado na Califórnia, Estados Unidos. A pesquisa mostrou que, quando os encaminhamentos eram realizados em papel, havia numerosas dificuldades, entre elas: encaminhamentos perdidos, ilegíveis, incompletos, solicitações repetidas para os mesmos problemas e pacientes. Além disso, não havia *feedback* entre os médicos da atenção primária e especializada.²⁹

A pesquisa evidenciou que os médicos especialistas que atenderam os pacientes disseram não ter acesso à tecnologia de informação. Essa realidade pode ter contribuído para desencadear o não retorno de contrarreferências por meio eletrônico. Isso evidencia a relevância de implantação do sistema informatizado nos serviços de saúde. Esse dado corrobora estudos realizados por Escorel et al.¹⁸ em 10 municípios brasileiros das regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste, bem como a pesquisa de Serra³⁰, no Rio de Janeiro. Esses pesquisadores salientam que a falta de telefones e computadores em

rede nas unidades de saúde acarreta a precariedade dos sistemas de informação e comunicação. Serra³⁰ assegura, ainda, que esse fator é o principal obstáculo para o efetivo funcionamento do sistema de referência e contrarreferência.

A necessidade de buscar alternativas para otimizar o fluxo dos pacientes no sistema de saúde é confirmada em investigação desenvolvida em Alfenas, MG, por Rodrigues.²¹ Nela a autora salienta que os médicos alegaram ser imprescindível a instituição de mecanismos mais efetivos de comunicação entre os pontos de atenção à saúde e menciona, também, a importância de informatizar as fichas de encaminhamento para as consultas especializadas.

Estudos de casos sobre sistemas de referência e contrarreferência eletrônicos na Califórnia, Estados Unidos, revelaram que organizações prestadoras de serviços estão cada vez mais baseadas na tecnologia *web*. Ressaltam que o instrumento é uma forma mais ordenada e confiável, bem como um processo de encaminhamento bem-sucedido.²⁹

O longo prazo de retorno de pacientes à USF de origem após a emissão do encaminhamento pode dificultar o acompanhamento dos pacientes no sistema de saúde, ocasionando a descontinuidade da assistência, o que proporciona a formação de filas e dificuldades de acesso aos serviços. A OPAS⁸ adverte que a deficiência na oferta de serviços acarreta demanda reprimida, filas e longo tempo de espera, dificuldade de acesso e baixa resolutividade do sistema de saúde.

Ao analisar as estratégias para implantação do Sistema Eletrônico na Referência e Contrarreferência em Unidade de Saúde da Família no município de Anápolis (GO), verificou-se que a utilização do instrumento pelos profissionais das ESF foi exequível. Contudo, não foi possível a efetivação do sistema entre as

Unidades de Saúde do município.

Apreendeu-se com esta pesquisa que um dos grandes desafios do SUS é a implantação e implementação da tecnologia de informação e comunicação em saúde, de forma ampliada e integrada, envolvendo as unidades de saúde da rede de serviços. Sabe-se, entretanto, que a mudança de paradigma depende do esforço de todos os atores envolvidos neste processo (gestores, profissionais da saúde e população), por meio de transformações de conceitos, percepções, valores e práticas. Considera-se que os profissionais da saúde necessitam de garantia de acesso dos pacientes aos serviços e de disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, entre outros.

Este estudo faz crer ser factível implantar o sistema de referência e contrarreferência por meio eletrônico, o que permitirá uma melhor comunicação entre os profissionais, de forma segura e rápida e uma maior integração entre os serviços. Essa estratégia norteia um caminho para melhoria da equidade, integralidade e resolutividade no SUS. Além de propiciar um sistema direcionado às necessidades da população. Dessa forma, será possível proporcionar um melhor acesso dos usuários aos serviços, as filas e custos serão reduzidos e será elevada a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Como resultado, haverá um aumento na confiança, na adesão ao tratamento e no vínculo da população com os profissionais e serviços de saúde.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para implementar ações no sistema de saúde público, de forma a evidenciar os fatores relacionados à efetivação da contrarreferência dos pacientes à USF de origem. Ademais, que proporcione reflexões sobre a realidade dos serviços de saúde, ilumine na definição de estratégias instigadoras de novos desafios e, ainda, que estimule investigações nesta área.

Este artigo é isento de conflitos de interesses.

Este artigo é isento de conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
2. Organização Mundial da Saúde. Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca. Relatório Mundial de Saúde, 2008. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2010.
3. Mendes EV. O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.
4. BRASIL. PORTARIA N° 4279 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 2010; 30 DEZ.
5. GÉRVAS J, FERNÁNDEZ MP. COMO CONSTRUIR UMA ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE NO BRASIL: É POSSÍVEL TRANSFORMAR O CÍRCULO VICIOSO DE MÁ QUALIDADE EM UM CÍRCULO VIRTUOSO DE BOA QUALIDADE, NO TRABALHO CLÍNICO E COMUNITÁRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE; 2011.
6. MENDES EV. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. BRASÍLIA: OPAS, 2011.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM N°. 2488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECE A REVISÃO DE DIRETRIZES E NORMAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO 2011; 24 OUT.
8. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADA PELA APS: CONSTRUINDO AS REDES DE ATENÇÃO NO SUS: CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE. BRASÍLIA: OPAS, 2011.
9. SALTMAN RB, FIGUERAS J. EUROPEAN HEALTH CARE REFORM: ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES. COPENHAGEN: WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. EUROPEAN SERIES N° 72; 1997.
10. HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. EUROPEAN PRIMARY CARE. THE HAQUE: MINISTER OF HEALTH, WELFARE AND SPORTS. PUBLICATION N° 2004/20E; 2004.
11. ATUN R. WHAT ARE THE ADVANTAGES AND

- DISADVANTAGES OF RESTRUCTURING A HEALTH CARE SYSTEM TO BE MORE FOCUSED ON PRIMARY CARE SERVICES? HEALTH EVIDENCE NETWORK REPORT (HEN). COPENHAGEN: WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. 2004. [ACESSO 2013 ABRIL 15]. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.EURO.WHO.INT/DOCUMENT/E82997.PDF>
12. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.638/2002. DEFINE PRONTUÁRIO MÉDICO E TORNA OBRIGATÓRIA A CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE. BRASÍLIA: O CONSELHO; 2002. [2 P.]. [ACESSO 2013 MAIO 15]. DISPONÍVEL EM: <HTTP://WWW.PORTALMEDICO.ORG.BR/RESOLUCOES/CFM/2002/1638_2002.HTM>
 13. CANADÁ HEALTH INFOWAY. 2015: ADVANCING CANADA'S NEXT GENERATION OF HEALTHCARE. TORONTO: CANADA HEALTH INFOWAY INC.; 2006.
 14. SALTMAN RS, RICO A, BOERMA W. PRIMARY CARE IN THE DRIVER'S SEAT? ORGANIZATIONAL REFORM IN EUROPEAN PRIMARY CARE. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES/NUFFIELD TRUST. MAIDENHEAD: OPEN UNIVERSITY PRESS/MCGRAW HILL; 2006.
 15. HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. EUROPEAN PRIMARY CARE. THE HAGUE: HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS; 2004.
 16. FLEMING DM. THE EUROPEAN STUDY OF REFERRALS FROM PRIMARY TO SECONDARY CARE: REPORT OF PROJECT. BIRMINGHAM, ENGLAND: THE CONCERTED ACTION COMMITTEE OF THE COMMITTEE OF HEALTH SERVICES RESEARCH FOR THE EEC; 1991.
 17. LELES FAG, LIMA HO, LIMA MF, ALKMIM MBM. O PROJETO TELEMINAS SAÚDE: AMPLIANDO O ACESSO AOS SERVIÇOS E À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE. IN: MARQUES AJS, MENDES EV, LIMA HO. O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS GERAIS: RESULTADOS NA SAÚDE. BELO HORIZONTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS; 2010.
 18. ESCOREL S, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM, SENNA MCM. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL. REV. PANAM. SALUD PÚBL. /PAN AM. J. PUBLIC HEALTH 2007; 21(2/3): 164-176.
 19. GOMES KO, COTTA RMM, ARAÚJO RMA, CHERCHIGLIA ML, MARTINS TCP. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – A “MENINA DOS OLHOS” DO SUS: SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROTAGONISTAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. REV C S COL, v.16, p.881-892, 2011.
 20. GUERRA AFM. CAPACIDADE RESOLUTIVA EM OTORRINOLARINGOLOGIA DO MÉDICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE, BRASIL. 168 F. [DISSERTAÇÃO]. BELO HORIZONTE (MG): FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; 2006.
 21. RODRIGUES LBB. AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALFENAS/MG. 2009. 103 F. [DISSERTAÇÃO]. ALFENAS (MG): UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO; 2009.
 22. HAIKIO JP, LINDEN K, KVIST M. OUTCOMES OF REFERRALS FROM GENERAL PRACTICE. SCAND J PRIM HEALTH CARE. 1995;13:287-293.
 23. CAVALCANTI LPG, SIMÕES PSF, SILVA MRR, GALDINO PNR. ASSISTÊNCIA EM MASTOLOGIA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CEARÁ, BRASIL. REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA 2012; 58(4): 603-609.
 24. GONÇALVES G. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DA DOENÇA HIPERTENSIVA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL-RS, 2006. [DISSERTAÇÃO]. ITAJAÍ (SC): UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ; 2009.
 25. FRATINI JRG. AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA EM SAÚDE. 2008. 79 F. [DISSERTAÇÃO]. ITAJAÍ (SC): UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ; 2007.
 26. ROCHA PM, UCHOA AC, ROCHA NSPD, SOUZA ECF, ROCHA ML, PINHEIRO TXA. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE BRASILEIRO: VELHOS E NOVOS DESAFIOS. CAD SAÚDE PÚBLICA 2008; 24(SUP.1): S69-78.
 27. PONTES APM, CESSO RGD, OLIVEIRA DC, GOMES AMT. O PRINCÍPIO DE UNIVERSALIDADE DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O QUE PENSAM OS USUÁRIOS. ESC ANNA NERY REV ENFERM 2009 JUL-SET; 13 (3): 500-07.
 28. SILVA ML. INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: AVALIANDO OS FLUXOS DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO DISTRITO SANITÁRIO III DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PARAÍBA. [DISSERTAÇÃO]. SÃO PAULO (SP): UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL; 2011.
 29. METZGER J, ZYWLAK W. BRIDGING THE CARE GAP: USING TECHNOLOGY FOR PATIENT REFERRALS.

OAKLAND: CALIFORNIA FOR HEALTHCARE FOUNDATION; 2008.

30. SERRA CG, RODRIGUES PHA. AVALIAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO (RJ, BRASIL). REV C S COL 2010; 15(3): 3579-3586.