

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAFAELA ANDRADE NASCIMENTO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: COMO MELHORAR A
CONTRARREFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA - MINAS
GERAIS**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015**

RAFAELA ANDRADE NASCIMENTO

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: COMO MELHORAR A CONTRARREFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

RAFAELA ANDRADE NASCIMENTO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: COMO MELHORAR A
CONTRARREFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA - MINAS
GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – Orientadora

Prof^ª. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 19/11/2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela oportunidade de exercer a medicina da família e através dela concluir a pós-graduação em Estratégia Saúde da Família.

A minha orientadora, a Professora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo pela orientação dada nesse projeto.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família Bela Vista e da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa que me apoiaram e foram solícitos sempre que necessário.

RESUMO

A cidade de Lagoa Santa possui uma população estimada de 52.520 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). A cobertura realizada pelos serviços públicos de saúde abrange 85% desses habitantes. Neste município localizam-se 20 Unidades de Estratégia Saúde da Família, dentre elas a Unidade Bela Vista, que conta com uma população adscrita de 4.341 habitantes. Durante reunião de equipe, encontrou-se, na falta de contrarreferência das consultas especializadas, um dificultador para a assistência continuada dos usuários, fato que se repete nas demais equipes do município. A equipe realiza uma média de 129 encaminhamentos/mês para consultas especializadas. Nessa proporção, a cada três anos toda a população da área seria referenciada a especialidades, realidade que não condiz com as necessidades locais. Com o intuito de solucionar as questões relacionadas à referência e contrarreferência no município, esse trabalho propõe um projeto de intervenção para criar uma rotina de capacitação para os médicos da rede municipal de saúde, buscando aproximar a rede especializada à atenção básica. Foi realizado um diagnóstico situacional seguido de revisão bibliográfica, priorizando o planejamento estratégico situacional voltado para a referência e contrarreferência. O desenho do projeto de intervenção buscou, após selecionar os "nós críticos" do problema da falta de padronização da referência e contrarreferência, criar propostas de enfrentamento para o problema em questão. A literatura consultada reforça a importância desse fluxo para que haja assistência integral ao usuário. Atualmente, os serviços de saúde locais vêm apresentando dificuldades para integrar os diferentes níveis de atenção.

Descritores: Serviços de Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Referência.

ABSTRACT

The city of Lagoa Santa has an estimated population of 52,520 inhabitants, according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (2010). The public health service covers 85% of total population. In this city there are 20 Family Health Strategy Unit, among them the Bela Vista unit, which has a registered population of 4,341 inhabitants. During the team meeting it was identified due the absence of counter-reference after specialized consultations, an embarrassment to the continued support of users, that is repeated in the other units in the city. The team performs an average of 129 referrals per month for specialist consultations. At this rate, every three years the entire population of the area would be referenced to specialties, reality does not match local needs. In order to resolve the issues related to the reference and counter-reference in the city, this paper proposes an intervention project to create a training routine for the doctors of the municipal health network, aiming to approximate the specialized network of primary care. It was performed a situational diagnostic followed by literature review, prioritizing the situational strategic planning focused on reference and counter-reference. The intervention project design aimed, after selecting the "critical issues" of the problem due to no standardization of reference and counter-reference process, create solution proposals for the problem addressed. The literature reinforces the relevance of this procedure so that there is full user assistance. Currently, local health services have shown difficulties in integrating the different levels of care.

Keywords: Health Services. Family Health. Primary Health Care. Reference.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	29
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município de Lagoa Santa

O município de Lagoa Santa localiza-se em uma região da Bacia Média do Rio das Velhas, formada por planaltos de relevo pouco acentuados, é uma região calcária que se caracteriza pela presença de rochas sedimentares e por cursos de águas subterrâneas, apresentando clima tropical. (LAGOA SANTA, 2015).

Segundo dados do IBGE/Censo Demográfico 2012, o índice de desenvolvimento humano (IDH) encontra-se em 0,777, com uma taxa de urbanização de 93,5%. O Produto Interno Bruto (PIB) do município em 2011 foi de R\$ 957.594, com um PIB per capita de aproximadamente R\$17.850,57. As atividades econômicas da cidade atualmente estão direcionadas para a produção industrial, devido à proximidade com o Aeroporto Tancredo Neves (IBGE, 2014).

A estrutura sanitária da cidade ainda é precária, uma vez que, apesar de 94,6% da população receber em seu domicílio abastecimento de água tratada, apenas 29,6% possuem recolhimento de esgoto por rede pública, segundo dados do IBGE (2010).

Na última década o município de Lagoa Santa tem intensificado a implantação de ações voltadas para assistência à saúde, visto que 85% da população é usuária da assistência à saúde fornecida pelo SUS, segundo dados do Censo 2010.

Os gestores do município vêm, gradativamente, aderindo a diversos programas do governo que tendem melhorar a qualidade dos serviços de saúde como: o programa Humaniza SUS, o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), Programa Domiciliar de Saúde Melhor em Casa, entre outros (LAGOA SANTA, 2015).

1.2 Estratégia de Saúde da Família Bela Vista

A Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Bela Vista fica situada na cidade de Lagoa Santa - MG e foi inaugurada há aproximadamente 15 anos. Situa-se, em uma casa alugada e adaptada para o atendimento da população.

A população adscrita atualmente é de 4.341 pessoas, divididas em seis microáreas. A equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas, dois agentes de serviços gerais e seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A nossa equipe dedica quase que exclusivamente seu tempo, às atividades de atendimento à demanda espontânea. Todos os dias pela manhã a agenda é exclusiva para demandas espontâneas e as queixas agudas dos pacientes.

O exame Papanicolau (preventivo) e a puericultura são realizados pela enfermeira da unidade. No momento não há grupos operativos implantados, sendo estes realizados somente pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As visitas domiciliares são realizadas somente quando solicitadas pelos pacientes. As reuniões entre os membros da equipe acontecem bimestralmente.

Em uma reunião bimestral realizada com a equipe da unidade, identificou-se que um dos nós críticos do serviço na assistência prestada aos usuários é a falta de contrarreferência das consultas especializadas do município. A não continuidade na assistência tem provocado um aumento da fila de espera para o atendimento com médicos especialistas, uma vez que a falta dessa informação gera retornos desnecessários e ou necessidade de novas primeiras consultas.

Com base no exposto, a elaboração desse projeto tem por finalidade buscar alternativas para melhorar o sistema de referência e contrarreferência no município de Lagoa Santa.

2 JUSTIFICATIVA

O sistema de referência e contrarreferência é uma ferramenta administrativa que visa possibilitar o acesso dos usuários dentro da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) que procuram a atenção primária e necessitam de intervenções não realizadas neste nível de atenção. A atenção primária à saúde, entendida como o primeiro nível da atenção à saúde, onde as unidades básicas representam esta porta de entrada do usuário para que possam, após atendimento, serem avaliados quanto à necessidade de encaminhamento para outro nível de atenção.

As “Unidades de Referência” são aquelas compostas por profissionais especializados, as quais fornecem um atendimento de maior complexidade ao indivíduo. Ao ser atendido na UBS, quando necessário, o paciente é referenciado, ou seja, encaminhado para uma unidade de atenção secundária, local onde os médicos especialistas prestam seus serviços na rede de atenção à saúde do SUS. (VALDECIR, 2012).

Durante a atividade cotidiana de atendimento da unidade, foi verificado que independente do atendimento especializado que os usuários recebiam, as condutas em relações aos mesmos não se alterava, visto que informações necessárias para alterar o plano de cuidados destinados ao paciente não estavam retornando a unidade.

Atualmente, o meio utilizado no município para fazer a referência e a contrarreferência é uma guia de papel que tem os campos específicos para cada profissional preencher os dados, diagnósticos e tratamentos oferecidos ao paciente. Após o atendimento pelo especialista o usuário deve ser contra referenciado à ESF de origem, para que o tratamento instituído seja continuado.

No município, a grande maioria dos referenciados ficam “perdidos” na rede de serviço, pois os especialistas não preenchem e/ou enviam a contrarreferência às unidades básicas. Com isso, não há conhecimento sobre qual o tratamento estabelecido pelo especialista, se tal conduta deve ser continuada, e nem o

diagnóstico realizado pelo mesmo. Além disso, dificilmente os usuários conseguem realizar consultas de retorno quando solicitadas pelos especialistas no prazo devido.

Essa situação causa uma grande frustração para os pacientes e para a equipe, que não sabe que tipo de conduta deverá tomar para melhor assistir o usuário. Como forma de amenizar o desconforto, os profissionais da unidade básica voltam a referenciar esse paciente para uma nova primeira consulta ou retorno. Esse ciclo se torna vicioso, o que aumenta a fila de espera para as consultas especializadas.

Na ESF Bela Vista, nos últimos três meses foram referenciados 388 pacientes, perfazendo uma média de 129 encaminhamentos/mês, que são realizados pelos médicos da unidade para os médicos especialistas do município. Nessa proporção, a cada três anos, toda a população da área de abrangência da unidade seria encaminhada para atendimento especializado, o que não é uma real necessidade da população.

Quadro 1- Quantitativo de pacientes referenciados da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bela Vista, nos meses de março, abril e maio de 2015, aos especialistas do município de Lagoa Santa- MG.

Especialidades	Março	Abril	Maio	Total
Oftalmologia	13	17	17	47
Neurologia	8	5	3	16
Endocrinologia	4	3	2	9
Dermatologia	16	21	21	58
Cirurgia geral	19	12	12	43
Ortopedia	9	8	8	25
Otorrino	9	8	10	27
Ginecologia	24	21	29	74
Angiologia	8	8	15	31
Cardiologia	24	10	3	37
Urologia	2	3	2	7
Pediatria	6	5	3	14
Total	142	121	125	388

FONTE: Aatoria própria (2015)

A comunidade queixa-se frequentemente da descontinuidade no tratamento que recebem quando são referenciados aos especialistas. Devido à quebra na continuidade da assistência e ao tempo de espera na fila atualmente, chegando até a dois anos dependendo da especialidade, muitos usuários procuram realizar consultas fora da rede do município (particulares) para tentar resolver seus problemas, o que não resolve o problema de fluxo de informações entre atenção básica e especialistas.

A solução proposta pela equipe para o problema descrito é a capacitação dos médicos especialistas do município quanto à importância do preenchimento da contrarreferência no tratamento pleno dos usuários, e propor a criação de um instrumento de contrarreferência para ser enviado para a ESF de referência do usuário.

Sabendo-se do desafio em reunir todos os profissionais especializados, determinou-se, após consulta à Secretaria de Saúde do município, fazer pequenos grupos de rodas de conversa com os especialistas, como estratégia de capacitação.

A capacitação deverá ser realizada por profissionais responsáveis pela regulação das especialidades do município, de forma a manter, um protocolo de capacitação continuada, visto que as especialidades atendidas pelo município são fixas, porém os profissionais que realizam os atendimentos são rotativos.

Essa capacitação propõe descobrir, juntamente aos médicos especialistas, as dificuldades de realizar as contrarreferências e ao mesmo tempo apontar as consequências do não preenchimento das mesmas. Tais rodas de conversas poderiam ser também um espaço para discussões entre os especialistas e os profissionais da atenção básica visando dessa maneira, diminuir as demandas dos especialistas e a ansiedade dos usuários.

3 OBJETIVOS

Elaborar um projeto de intervenção para criar uma rotina de capacitação para os médicos especialistas da rede de atenção municipal, como forma de conscientizar os mesmos sobre a importância da contrarreferência na continuidade de assistência do usuário.

Buscar aproximar o especialista do profissional médico da rede básica para solucionar as questões relacionadas à referência e contrarreferência de pacientes dentro da rede de atenção à saúde do município.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi realizado, seguindo as seguintes etapas:

- Elaboração do diagnóstico situacional por meio do método de estimativa rápida onde foram identificados os principais problemas vivenciados no território da unidade e a seleção daquele que no momento era mais emergencial.
- Revisão bibliográfica para levantar na literatura nacional os artigos, protocolos e manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde que abordavam o problema alvo do projeto. A pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Serviços de Saúde.

Saúde da Família.

Atenção Primária à Saúde.

Referência.

Não se definiu a temporalidade, os artigos encontrados foram selecionados por ordem decrescente de publicação, ou seja, os mais recentes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A lei 8.080/1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) conjetura em seu Artigo 7º, entre outros princípios do sistema:

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, p.4).

A Atenção Básica (AB), enquanto parte do SUS, é uma das prioridades do Ministério da Saúde, vista como um eixo orientador do sistema, por ser a “porta de entrada” para os serviços de saúde. Nesta conjuntura as ações vão além dos cuidados primários, realizando também orientação do fluxo dos usuários pelos diversos níveis de atenção da rede de serviços (BRASIL, 2013).

No Brasil, a AB tem o mais alto grau de descentralização, sendo via de acesso preferencial da população a Rede de Atenção a Saúde. As Unidades Básicas de Saúde estão estrategicamente inseridas nas comunidades com o fim de garantir acesso fácil e de qualidade à população, porém sem esgotar as necessidades dos usuários do serviço (BRASIL, 2012).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) busca uma AB fortalecida e ordenadora das Redes de Atenção, avançando no conceito de ser acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nos demais pontos das Redes de Atenção (BRASIL, 2012).

O SUS enfrenta os desafios de abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde, desafio esse que tem sido superado através da ampliação das redes de atenção básica. Frente a isso, deve implantar redes de atenção à saúde que possam suprir as necessidades de atendimento da população, desafio esse mais complexo de ser superado, visto a grande desigualdade de acesso entre as diversas regiões do país (BRASIL, 2011a).

Mendes (2011) diz que nas redes de atenção a saúde (RAS) os especialistas agregam valor a assistência prestada aos usuários quando trabalham em consenso com os generalistas, e afirma ainda a não eficácia do atual modelo de referência e contrarreferência.

Textos disponíveis pelo Ministério da Saúde em seus Cadernos de Atenção Básica determinam que, quando o paciente apresenta alterações que não podem ser resolvidos no serviço de AB esse deverá ser referenciado ao serviço especializado “garantia dos fluxos de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar” (BRASIL, 2011a, p 11-2). Porém, não há descrição sobre a necessidade de contrarreferência dos atendimentos especializados à AB.

O Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS (BRASIL, 2011b).

O Ministério da Saúde entende o sistema de referência e contrarreferência como um dos pontos para a reorganização dos processos de trabalho das equipes de saúde, garantindo a integralidade da atenção. Ponto de partida para a integração entre as redes de saúde, o sistema é um mecanismo de encaminhamento entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010).

O SUS enfrenta problemas em sua organização, apresentando dificuldade de integração entre seus diferentes níveis de atenção. A assistência integral aos usuários é dificultada pela ausência de redes regionalizadas de referência e contrarreferência de serviços assistenciais, o que ocasiona um rompimento na continuidade do cuidado, mantendo assim a assistência voltada para a solução dos sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, em detrimento de uma atenção integral. Isso aponta para a necessidade de mudanças na organização e nas práticas assistenciais dos serviços (MACHADO *et al.*, 2011).

Observa-se que nos diversos níveis de atenção a falta de padronização para o funcionamento do sistema de referência e de contrarreferência, bem como a determinação de normas que o definam, deixa a organização do mesmo a cargo de cada profissional que encaminha o usuário, tanto para os profissionais dos níveis primários que realizam a referência, quanto do secundário e terciário, responsáveis pela contrarreferência (fluxo mais frequente) (MACHADO *et al.*, 2011).

Nos serviços de saúde que realizam o atendimento primário é comum haver a busca espontânea por atendimentos especializados, quando não há determinação adequada de fluxo para tal, essa procura aumenta a demanda desproporcionalmente à oferta, gerando um comprometimento da organização do sistema e do atendimento adequado aos que realmente necessitam do serviço. É necessário reavaliar os modelos de referência e contrarreferência existente com o intuito de racionalizar a oferta e a demanda pelos serviços especializados (BEHIENSE-OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Um estudo realizado em quatro capitais brasileiras identificou que apesar da existência de mecanismos formais de referência e contrarreferência terem sido implantados, e ainda, os profissionais prestadores da assistência estar cientes dos fluxos estabelecidos, não houve alteração do quadro de insuficiência de contrarreferência recebidas pelos médicos coordenadores da assistência, ou seja, os da atenção primária, sugerindo uma necessidade de integração entre os profissionais dos diversos níveis de atenção, básica e especializada (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Em saúde, apesar de serem compreendidas com base de mudanças, há pouco desenvolvimento no que diz respeito aos conceitos de referência e contrarreferência, não só sobre seus conceitos teóricos, mas também em divulgação de experiências bem sucedidas ou não sobre esse tema. Ficamos então com o conceito aceito por Fratini *et al.*, (2008, p. 67) em seu artigo que diz:

Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. [...] Contrarreferência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples.

Um sistema de referência e contrarreferência eficaz deve proporcionar acesso aos diversos níveis de complexidades, segundo as diretrizes do SUS, de forma universal, integral e com equidade. Para tanto deve ocorrer uma comunicação nos dois sentidos, garantindo uma interação dinâmica entre os níveis de assistência. Para que isso ocorra, devem existir normas e rotinas claras sobre a utilização da referência e contrarreferência (FRATINI *et al.*,2008).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Definição dos Problemas

A Equipe Bela Vista identificou através do método de estimativa rápida quatro problemas que dificultam a continuidade da atenção aos usuários, interferindo diretamente na qualidade da assistência prestada, sendo eles:

- Número pequeno de vagas para consultas com médicos especialistas por unidade;
- Ausência de contrarreferenciamento;
- Dificuldade de realizar reuniões periódicas com menor espaço de tempo entre os membros da equipe;
- Precariedade da assistência continuada aos usuários.

6.2 Priorização dos Problemas

Para definir o problema a ser enfrentado e para o qual criaremos um plano de intervenção, realizamos uma classificação dos mesmos, identificando nossa capacidade de enfrentamento do problema, selecionando a ordem de prioridade.

Quadro 2 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional realizado na UBS Bela Vista, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Poucas vagas para referência	Alta	6	Parcial	2
Ausência de contrarreferência	Alta	8	Parcial	1
Ausência de Hiperdia	Alta	7	Parcial	2
Dificuldade de redução no tempo entre as reuniões periódicas	Alta	5	Alta	3

* Em uma escala de 0 a 10 pontos.

Fonte: Autoria Própria, 2015

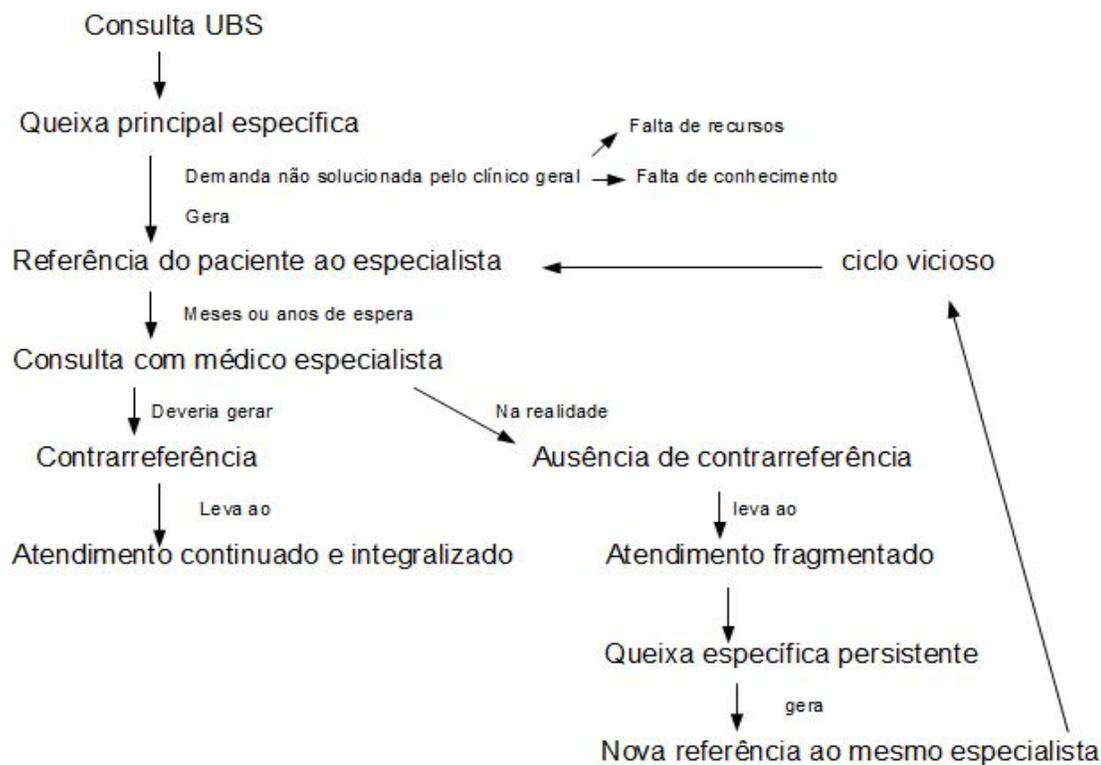
6.3 Descrição do Problema Selecionado

A equipe da UBS Bela Vista decidiu priorizar a contrarreferência visto que o enfrentamento desse problema ajudará a reduzir outro problema levantado, o número de vagas insuficientes para referência (especializada). Em contato com as demais UBS da cidade constatou-se que não há contrarreferência para nenhuma delas.

6.4 Explicação do Problema

Para uma melhor elucidação do problema levantado, segue abaixo um esquema montado observando-se a rotina do serviço de saúde, descrevendo o problema enfrentado nesse plano de ação.

Esquema explicativo do problema



Fonte: Autoria Própria, 2015.

6.5 Seleção dos “Nós Críticos”

Os “nós críticos” são as causas do problema. Conhecê-los é fundamental para desenharmos um plano de enfrentamento, criando estratégias para solucioná-lo. No plano foram identificados os “nós críticos” abaixo:

- Demanda excessiva por metas baseadas em quantidade e não qualidade dos atendimentos diminuindo o tempo das consultas;
- Desinformação sobre as consequências do não contrarreferenciamento;
- Falta de interesse na integralidade proposta pelo SUS ou na capacitação oferecida;
- Falta de tempo dos especialistas por conta dos múltiplos empregos e desinformação por parte dos usuários de exigir sua contrarreferência.

6.6 Desenho das Operações

Tendo em vista os “nós críticos” selecionados, desenhar as operações para enfrentamento das causas, identificar produtos, resultados e recursos necessários para efetivação das operações, mostra-se necessário. Abaixo tabela com o desenho das operações.

Quadro 3 - Desenho de operações para os nós críticos do problema de contrarreferência.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Demanda excessiva	Fixar número de consultas e retornos obedecendo a tempo mínimo para atendimento adequado	Aumentar o tempo das consultas permitindo que o profissional preencha a contrarreferência	Parceria com secretaria de saúde para reformulação das agendas	Organizacional -> reorganizar agendas dos médicos Político -> secretaria ceder para que haja mudança nas agendas
Falta de tempo dos especialistas por conta dos múltiplos empregos	Visitar individualmente os médicos que não comparecerem às rodas de conversa programadas	Conversar com todos os especialistas do município e aumentar o número de contrarreferência	Parceria com secretaria de saúde para organizar e programar as rodas de conversa e as visitas individuais.	Organizacional -> conseguir um horário único para que grupos pequenos compareçam à roda de conversa Político -> Secretaria ceder um horário dos médicos para realizar as rodas Financeiro -> Ir a todas as policlínicas diversas vezes até conseguir falar com todos especialistas.
Desinformação sobre consequências de não contrarreferenciar.	Mostrar aos médicos a fila e o aumento dos atendimentos que são causados pelo não contrarreferenciamento. Produzir panfletos informativos	Aumento nas taxas de contrarreferência	Interesse do médico em receber a capacitação e suas informações	Organizacional-> reunir médicos para passar informações Cognitivo -> conhecer estratégias de comunicação Político -> secretaria ceder tempo dos especialistas para capacitação. Financeiro-> impressão de panfletos informativos
Falta de interesse do profissional de saúde na integralidade do atendimento do usuário ou na capacitação oferecida	Apresentar como a falta de integralidade interfere no dia a dia dos especialistas	Aumentar adesão à capacitação e o número de contrarreferência	Despertar interesse dos médicos demonstrando o quanto a sua não adesão afeta o cotidiano do trabalho	Organizacional-> conseguir falar com todos os especialistas do município Financeiro -> fazer visitas individualizadas e produzir material informativo Cognitivo -> conhecer estratégias de comunicação
Usuários desinformados sobre seu direito de contrarreferência	Informar aos usuários sobre o que é a contrarreferência e o quanto são beneficiados com ela	Usuários cobrarem dos especialistas durante as consultas o preenchimento da guia de contrarreferência	Secretaria de saúde para produzir e distribuir materiais informativos aos usuários do município	Organizacional -> distribuir os panfletos informativos no município Cognitivo-> conhecer estratégias de comunicação Financeiro -> impressão de material de divulgação aos usuários Político -> interesse da secretaria de saúde em informar o usuário dos seus direitos

Fonte:

Autoria

Própria,

2015

6.7 Identificação dos Recursos Críticos

Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema de contrarreferência.

Operação/Projeto	
Demanda excessiva	Político -> secretaria ceder para que haja mudança nas agendas
Falta de tempo dos especialistas por conta dos múltiplos empregos	Organizacional -> conseguir um horário único para que grupos pequenos compareçam à roda de conversa Político -> Secretaria ceder um horário dos médicos para realizar as rodas
Desinformação sobre consequências de não contrarreferenciar	Organizacional-> reunir médicos para passar informações Político -> secretaria ceder tempo dos especialistas para capacitação. Financeiro-> impressão de panfletos informativos
Falta de interesse do profissional de saúde na integralidade do atendimento do usuário ou na capacitação oferecida	Organizacional-> conseguir falar com todos os especialistas do município Financeiro -> fazer visitas individualizadas aos médicos e produzir material informativo
Usuários desinformados sobre seu direito de contrarreferência	Organizacional -> distribuir os panfletos informativos no município Financeiro -> impressão de material de divulgação aos usuários e distribuição Político -> interesse da secretaria de saúde em informar o usuário dos seus direitos

Fonte: Autoria Própria, 2015.

6.8 Análise da Viabilidade do Plano

Quadro 5 - Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Demanda excessiva	Político -> secretaria ceder para que haja mudança nas agendas	Secretário de Saúde	Contrária	Apresentar o projeto
Falta de tempo dos especialistas por conta dos múltiplos empregos	Organizacional -> conseguir um horário único para que grupos pequenos compareçam à roda de conversa Político -> Secretaria ceder um horário dos médicos para realizar as rodas	Secretário de Saúde Médicos especialistas	Contrária Indiferente	Apresentar importância da capacitação
Desinformação sobre consequências de não contrarreferenciar	Organizacional-> reunir médicos para passar informações Político -> secretaria ceder tempo dos especialistas para capacitação. Financeiro-> impressão de panfletos informativos	Médicos especialistas Secretário de Saúde quanto ao ceder tempo e indiferente	Indiferentes Contrário quanto à parte financeira	Apresentar projeto de capacitação Apresentar gastos com materiais de comunicação
Falta de interesse do profissional de saúde na integralidade do atendimento do usuário ou na capacitação oferecida	Organizacional-> conseguir falar com todos os especialistas do município Financeiro -> produzir material informativo	Médicos Especialistas Secretário de Saúde	Indiferentes Indiferente	Apresentar projeto de capacitação e impacto do não contrarreferenciamento
Usuários desinformados sobre seu direito de contrarreferência	Organizacional -> distribuir os panfletos informativos no município Financeiro -> impressão de material de divulgação aos usuários e distribuição Político -> interesse da secretaria de saúde em informar o usuário dos seus direitos	Usuário Secretaria de Saúde	Favorável Indiferente	Apresentar orçamento de material informativo

Fonte: Autoria Própria, 2015.

6.9 Elaboração do Plano Operativo

Quadro 6 - Plano operativo

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Falta de tempo dos especialistas por conta dos múltiplos empregos	Conversar com todos os especialistas do município e aumentar o número de contrarreferência	Fazer rodas de conversa com pequenos grupos de acordo com a disponibilidade dos especialistas	Regulação da Secretaria de Saúde	4 meses
Desinformação sobre consequências de não contrarreferenciar.	Aumento nas taxas de contrarreferência	Produzir informativos sobre importância da contrarreferência e distribuí-los aos especialistas, Apresentar orçamento de materiais informativos à secretaria de saúde	Regulação da Secretaria de Saúde	3 meses
Falta de interesse do profissional de saúde na integralidade do atendimento do usuário ou na capacitação oferecida	Aumentar adesão à capacitação e as taxas de contrarreferência	Médica da UBS	Regulação da Secretaria de Saúde	3 meses
Usuários desinformados sobre seu direito de contrarreferência	Usuários cobrarem dos especialistas durante as consultas o preenchimento da guia de contrarreferência	Produzir informativos sobre importância da contrarreferência e distribuí-los no município Apresentar orçamento de materiais informativos à secretaria de saúde	Regulação da Secretaria de Saúde, Gerências Regionais	3 meses

Fonte: Autoria Própria, 2015.

6.10 Gestão do Plano

As atividades desenvolvidas com os grupos serão realizadas tomando-se como referência as rodas de conversa. O conceito proposto por Coelho (2011) ao utilizar a metodologia das rodas de conversa para grupos de trabalhadores é assumida nesta proposta em sua compatibilidade para o desenvolvimento de trabalhos com grupos de jovens, adultos, idosos e gestantes. Para o autor a roda de conversa configura-se como um

[...] método de ressonância coletiva que consiste na criação de espaços de diálogo, em que os trabalhadores possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação (COELHO, 2011, p. 4).

Para planejar as datas e horários das rodas serão analisadas a escalas das três policlínicas do município, sendo elas a regional norte, a sul e a leste. O plano de ação ainda não começou a ser executado, visto que para implementação do projeto, há necessidade de aprovação para que as ações sejam iniciadas.

O criador das operações muitas das vezes não controla os recursos necessários para alcançar os seus objetivos. Para tanto, identificar o ator que controla os recursos críticos é necessário para criar estratégias que viabilizem a execução das ações planejadas.

Os atores podem apresentar motivações favoráveis, indiferentes ou contrárias aos projetos. Assim, o criador do plano deve definir formas viáveis para que os atores sejam favoráveis à realização das operações.

Como parecer favorável para implantação desse plano de ação foi emitida, pelo Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, comunicação interna de número 177/2015, no dia 15/10/2015, destinada aos médicos de todos os níveis de atendimento do município, solicitando o exercício do sistema de referência e contrarreferência assistencial (Anexo 1).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lagoa Santa é um município que procura intensificar a implantação de ações voltadas para assistência à saúde, visto que 85% de sua população é usuária da assistência à saúde fornecida pelo SUS. A ESF Bela Vista, um dos pontos de atenção primária do município, tem suas atividades de promoção e prevenção em grau reduzido, visto a elevada demanda espontânea que recebe.

Ao utilizar um método de estimativa rápida a equipe de ESF Bela Vista identificou um problema prioritário passível de ser enfrentado: a falta de contrarreferência das consultas especializadas do município. Tal problema culmina na descontinuidade da assistência devido a reduzida informação sobre o atendimento realizado externo à unidade, o que leva ao aumento das demandas por consultas especializadas e da fila de espera, gerando retornos ou novas primeiras consultas desnecessários.

A integralidade da assistência aos usuários dos serviços de saúde é o vértice da importância de um sistema articulado e integrado, permitindo uma assistência continuada e de qualidade. Esse princípio define a atenção básica como coordenador do cuidado prestado dentro da rede de atenção à saúde, visto que esta é o ponto mais próximo e de mais fácil acesso à saúde estabelecido (FRATINI *et al.*, 2008).

A literatura consultada reforça a importância e a eficácia da assistência integral ao usuário. Para isso, os sistemas de referências e contrarreferências devem ser eficientes e possibilitar uma atenção com qualidade.

No que diz respeito à organização dos serviços, o sistema de saúde vem apresentando dificuldade para integrar os diferentes níveis de atenção, exemplificada pela falta da contrarreferência entre os serviços. Este fato impossibilita algumas intervenções e ações no planejamento dos planos assistenciais dos usuários, tal fato recorrente em nosso município foi observado também por Almeida *et al.* (2010).

A problemática aponta para a necessidade de sensibilização junto às categorias profissionais que realizam a assistência nos diferentes pontos da rede. É importante que haja uma mudança na organização dos serviços, produzindo um sistema de referência e contrarreferência consolidado e eficaz, através do estabelecimento de fluxos formais para os mesmos (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

No município Lagoa Santa vimos que a preocupação em existir um sistema de referência e contrarreferência consolidado e eficaz tem iniciativa na gestão municipal visto a comunicação interna de número 177/2015, no dia 15/10/2015, anexa.

Acredita-se que essa proposta seja aceita e efetivada nas ações do município, pois entendemos que esse problema é prioridade, não apenas em nossa unidade, mas, em todos os serviços de assistência pública à saúde da rede municipal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 26, n. 2, p. 286-298, Feb., 2010 .

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011a, 223 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011b, 197 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**.

BAHIENSE-OLIVEIRA, M. *et al.*Referência para o ambulatório de nefrologia: inadequação da demanda para o especialista. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 32, n. 2, 2010.

COELHO, D. M. Intervenção em Grupo: construindo rodas de conversa. ABRAPSO: XIV Encontro. Trabalho Completo. 2011 [acesso em 2011 mar 18]; Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA>

FRATINI, J.R.G. *et al.* Referência e Contra Referência: Contribuição para a Integralidade em Saúde. **Cienc Cuid Saude.**, v. 7, n. 1, p. 65-67, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. [ONLINE] Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

LAGOA SANTA. Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Lagoa Santa, [online], 2015. Disponível em: <http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php/legislacao>. Acesso em: 12

set 2015.

MACHADO, L. M.; COLOMÉ, J. S.; BECK, C. L. C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem da UFSM**. v. 1, n. 1, p. 31-40, jan/abr., 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H. DE A.. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Cienc Saúde Coletiva**. v. 15, n. Supl 3, p. 3579-3586, 2010.

VALDECIR, A. D. **Referência e Contra-Referência**: Um importante Sistema para complementaridade da Integralidade da Assistência. 2012, 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Anexo 1 – Comunicação Interna número 177/2015, de 15/10/2015.