



ARTIGO ORIGINAL

Efetividade dos resultados de serviço de contrarreferência em hospital quaternário do sul de Minas Gerais

Effectiveness of counter-referral service outcomes in a quaternary hospital of southern Minas Gerais

Karen Thalita Pereira^{1,*}, Hérica de Araújo Sousa², Suélen Ribeiro Miranda Pontes Duarte³

¹Universidade Estadual Paulista – UNESP, Guaratinguetá, São Paulo, Brasil.

²Hospital de Clínicas de Itajubá, Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

³Faculdade de Medicina de Itajubá – FMIT, Itajubá, Minas Gerais, Brasil.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: abril de 2019
Aceito em: janeiro de 2020

Palavras-Chave

Atenção primária à saúde
Encaminhamento e consulta
Enfermagem em saúde pública
Sistema Único de Saúde

Keywords

Primary health care
Public health nursing
Referral and consultation
Unified Health System

RESUMO

Introdução: A realização do cuidado de modo integral vem se tornando cada vez mais um desafio para o Sistema Único de Saúde. Várias estratégias estão sendo adotadas para que este cuidado integralizado aconteça, dentre estas, encontra-se os serviços de referência e contrarreferência. **Objetivo:** Verificar a efetividade de serviço de contrarreferência em hospital quaternário do sul de Minas Gerais. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo, transversal e quantitativo. Os dados foram coletados a partir de 1.078 prontuários, por meio de um banco de dados específico criado no setor de contrarreferência, no período entre março de 2017 a março de 2018. Foram avaliados dados demográficos, Escala de Fugulin (EF), especialidade envolvida e respostas adquiridas pelas unidades básicas de saúde e Estratégia de Saúde da Família. **Resultados:** A média de idade foi de 51,7 anos e a maioria era do sexo masculino (50,9%). A maioria dos casos necessitava somente de cuidados mínimos (32,1%), pela EF. Clínica Médica, Cirurgia Geral e Ortopedia foram as especialidades com maior número de pacientes contrarreferenciados. Constatou-se que em 54,5% dos casos foi obtido um retorno da atenção primária, sendo que em 51% dos pacientes contrarreferenciados esta resposta pode ser considerada efetiva. **Conclusão:** Conclui-se que o serviço de contrarreferência é efetivo, porém ainda se depara com dificuldades em obter uma maior interligação do atendimento nos diferentes níveis de atenção.

ABSTRACT

Introduction: Comprehensive care is becoming challenging for the Brazilian Unified Health System. Several strategies have been adopted to make this integral care happen, among which are the referral and counter-referral services. **Objective:** To verify the effectiveness of a counter-referral service in a quaternary hospital in southern Minas Gerais. **Methods:** Retrospective, descriptive, cross-sectional, and quantitative study. Data were collected from 1,078 medical records, through a specific database created in the counter-referral sector, from March 2017 to March 2018. Demographic data, Fugulin Scale (FS), specialty involved, and responses acquired by the primary health units and the Family Health Strategy. **Results:** The average age was 51.7 years, and most were male (50.9%). Most cases required only minimal care (32.1%) by FS. Internal Medicine, General Surgery, and Orthopedics were the specialties with the most significant number of counter-referred patients. It was found that in 54.5% of cases a return to primary care was obtained, and in 51% of counter-referenced patients this response can be considered valid. **Conclusion:** The counter-referral service is effective, but still faces difficulties in obtaining a greater interconnection of care at different levels.

* Correspondência:

Rua Tomaz Wood, 62 – Bairro: Boa Vista
Itajubá, Minas Gerais, Brasil – CEP 37505-056
e-mail: karenthalitap@hotmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede integrada que possui uma hierarquia nos níveis de atenção existentes, porém, a utilização dessa cadeia de serviços por vezes se dá de modo equivocado pela população¹. Mesmo com todo investimento, progresso e fortalecimento do SUS, ainda é possível perceber inúmeras limitações que fazem com que seus princípios norteadores de universalidade, equidade e integralidade não sejam totalmente cumpridos. A construção de um sistema integrado é um enorme desafio, pois a atenção primária deve estar em total harmonia com os outros níveis de atenção, para que ocorra uma melhor organização dos serviços, focada no atendimento integral e resolutivo para o paciente de forma regionalizada e hierarquizada. Somente assim a porta de entrada principal da população serão as Unidades Básicas de Saúde ou as Estratégias de Saúde da Família da atenção primária e não os Prontos Socorros da atenção secundária ou terciária¹.

Para ofertar um cuidado integrado, o Ministério da Saúde (MS) criou as Redes de Atenção à Saúde (RAS), poliarquias cujas coordenações são realizadas pela Atenção Primária (AP). Sua comunicação deveria ser realizada de modo eficaz, e seu foco é atender os pacientes tanto nas condições agudas quanto crônicas, com objetivo de ofertar cuidados de promoção à saúde, prevenção às doenças e cuidados curativos, reabilitadores ou paliativos, por meio de uma equipe multiprofissional que atenda este paciente com interdisciplinaridade². O MS define as RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, tem o objetivo de garantir a integralidade do cuidado³.

Para que o cuidado ocorra de modo integral é necessário que os serviços à saúde estejam interligados, por meio do processo de referência e contrarreferência, que auxiliam na comunicação entre os diferentes níveis de atenção⁴. O processo de referência consiste no encaminhamento do paciente para uma unidade de maior complexidade. Já a contrarreferência existe quando o paciente que estava num atendimento de maior complexidade é encaminhado de volta à sociedade e o tratamento pode ser continuado por meio da Atenção Primária⁵.

É imprescindível que esforços sejam direcionados a fim de melhorar a efetividade do sistema de referência e contrarreferência, pois falhas nesse processo resultam na descontinuidade do cuidado, o que pode implicar na baixa resolubilidade dos casos que necessitam de acompanhamento dos profissionais da Atenção Primária⁶. A comunicação entre os profissionais das unidades de todos os níveis de atenção ainda ocorre de modo deficiente. Por isso, é muito importante o estabelecimento de um vínculo entre eles, para que ocorra o fortalecimento da comunicação interinstitucional, a fim de garantir um atendimento de qualidade e com continuidade⁷.

A pesquisa justifica-se devido à importância de identificar lacunas no fluxo do serviço de referência e contrarreferência, com objetivo de buscar medidas que torne este sistema cada vez mais eficiente, por isso, é de

extrema importância verificar a efetividade deste serviço em âmbito hospitalar.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital de Clínicas de Itajubá (HCI), situado no sul do Estado de Minas Gerais, e que realiza atividades de atenção secundária a quaternária.

Os dados foram coletados por meio de um banco de dados específico criado no Setor de Contrarreferência do HCI, no período de março de 2017 a março de 2018. O setor de contrarreferência foi implantado conjuntamente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HCI no ano de 2017. Foram incluídos os pacientes internados e contrarreferenciados no período de estudo e excluídos aqueles não pertencentes ao SUS ou que não geraram internação hospitalar. A amostra abrangeu um total de 1.078 registros. Apenas os pacientes que moravam no município de Itajubá eram inicialmente contrarreferenciados. Gradativamente foram incluídos novos municípios da microrregião, reunindo, até o momento da pesquisa, a cidade de Itajubá e 10 microrregiões cujas referências eram o HCI (Brazópolis, Piranguinho, Conceição das Pedras, Delfim Moreira, Piranguçu, São José do Alegre, Maria da Fé, Marmelópolis, Paraisópolis e Pedralva).

Foi desenvolvido um formulário onde constavam os critérios necessários para a contrarreferência: (1) apresentar doença de notificação compulsória; (2) apresentar lesões (ferida cirúrgica/lesão por pressão); (3) suspeita de violência doméstica; (4) tentativa de autoextermínio; (5) falta de adesão ao tratamento pelo paciente/família; (6) dispositivos invasivos para uso domiciliar; (7) aborto provocado; (8) gravidez ectópica; (9) diabetes melito gestacional; (10) intercorrências durante e após trabalho de parto; (11) recém-nascido sem vacinação; (12) gestante usuária de droga ilícita; (13) recém-nascido prematuro extremo; (14) cuidados paliativos; (15) início de insulinoterapia intra-hospitalar com continuidade domiciliar; (16) acidente vascular encefálico isquêmico e/ou hemorrágico com déficit motor e (17) idoso acamado.

Os dados de interesse avaliados foram o sexo, classificação pela Escala de Fugulin (EF), idade, cidade de residência, especialidade médica responsável pelos pacientes, obtenção e efetividade das respostas adquiridas pelas UBS/ESF. A EF classifica os pacientes de acordo com o grau de dependência, sendo que, quanto maior o grau, maior é a necessidade de cuidados que este paciente vai precisar (cuidados mínimos, cuidados intermediários e cuidados com alta dependência). A EF foi realizada baseando-se nos dados anotados no prontuário sobre as condições do paciente no momento da alta pela profissional responsável em alimentar o banco de dados do setor.

A análise estatística descritiva foi aplicada utilizando-se frequência simples, média aritmética e desvio padrão. Foi calculado o intervalo de confiança de 95% dos dados referentes ao serviço de contrarreferência e utilizado o programa estatístico Epi Info® versão 3.5.1

(Centers of Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos da América, 2008).

A resposta efetiva positiva do Serviço de Contrarreferência pela AP foi considerada quando se obteve informações tocantes ao estado geral do paciente. A resposta efetiva negativa foi considerada como a não obtenção de resposta pela Atenção Primária ou quando era obtida uma resposta informando que o paciente não havia sido encontrado no endereço informado. Toda comunicação entre o serviço de contrarreferência e a atenção primária era realizada por meio de e-mails e contatos telefônicos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá, sob o parecer de número 2.505.629.

Resultados

Durante o período de estudo (março de 2017 a março de 2018) foram realizadas 9.003 internações no HCl, destas 4.943 (54,9%) tiveram seus prontuários analisados pelo setor de contrarreferência. Dos prontuários analisados, 1.078 (21,8%), foram contrarreferenciados. Constatou-se que 548 (50,9%) eram do sexo masculino, 530 (49,1%) do sexo feminino e a média de idade de $51,7 \pm 25$ anos. A Tabela 1 evidencia a distribuição da EF dos pacientes estudados, sendo observado que a maioria (32,1%) necessitava somente de cuidados mínimos. A Figura 1 mostra a distribuição dos pacientes estudados, conforme microrregião de residência. A grande maioria (67,8%) residia na microrregião da cidade de Itajubá/MG. Em relação à especialidade clínica responsável, foi constatado maior prevalência de pacientes contrarreferenciados pela Clínica Médica, seguida da Ortopedia e Traumatologia e da Cirurgia Geral (Figura 2).

A Tabela 2 mostra os dados referentes ao serviço de contrarreferência no período estudado. Em 54,5% dos casos obteve-se uma resposta da atenção primária, e em 51% das contrarreferências, esta resposta pôde ser considerada efetiva.

Tabela 1 – Classificação segundo Escala de Fugulin (EF) dos pacientes contrarreferenciados no período de março de 2017 a março de 2018, no Hospital de Clínicas de Itajubá (N = 1078).

Variáveis	N	%
Cuidados mínimos da EF	346	32,1
Cuidados intermediários da EF	278	25,8
Cuidados com alta dependência da EF	289	26,8
Não houve classificação da EF	165	15,3

Tabela 2 – Dados referentes ao serviço de contrarreferência no período de março de 2017 a março de 2018, no Hospital de Clínicas de Itajubá (N = 1078).

Variáveis	N	%	IC _{95%}
Resposta efetiva (positiva) do Serviço de Contrarreferência pela AP	550	51,0	48,0 - 54,0
Resposta não efetiva (negativa) do Serviço de Contrarreferência pela AP	528	49,0	46,0 - 52,0
Obtenção de Resposta da UBS/ESF	588	54,5	51,5 - 57,5
Não obtenção de Resposta da UBS/ESF	490	45,5	42,5 - 48,5

Discussão

A média de idade encontrada (51 anos) e a maior prevalência de pacientes do sexo masculino foram compatíveis com pesquisa realizada no município de Itajaí/SC⁸. Foi possível também observar a alta prevalência de pacientes contrarreferenciados do município de Itajubá, fato que pode ser explicado pelo mesmo possuir até seis vezes mais habitantes quando comparado com os outros municípios⁹. Em seguida houve maior prevalência de pacientes contrarreferenciados dos municípios de Brazópolis e Piranguinho, respectivamente, fato este que pode ser consequência dessas cidades serem as pioneiras da implantação desse serviço.

Em 15,3% dos dados não se encontrava na planilha o sistema de classificação de Fugulin. Este fato é relevante, uma vez que a ausência deste dado interfere na precisão do grau de dependência dos pacientes contrarreferenciados. Em relação à especialidade envolvida, observou-se uma maior prevalência da clínica médica, dado este corroborado por outra pesquisa⁸. Em relação às especialidades de cirurgia vascular e ortopedia e traumatologia, é necessário enfatizar a importância na continuidade do tratamento, pela UBS, da ferida ou coto do paciente que necessitou realizar amputação em âmbito hospitalar, além da reabilitação desse paciente nos âmbitos sócio-físico-espiritual na sociedade. Porém, ficou evidente em outro estudo, cuja coleta de dados foi realizada no Hospital Escola da Universidade Federal de Santa Catarina, no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR), na Policlínica Municipal Continente, no Ambulatório do Hospital Universitário, e em cinco Unidades Básicas de Saúde, abrangendo assim, os três níveis de atenção à saúde, o desconhecimento dos profissionais de saúde em conhecer o processo de reabilitação e encaminhamento daquele paciente que necessitou de uma amputação¹⁰. É comprovado que intervenções precoces por um enfermeiro qualificado para dar instruções, apoiar e auxiliar a pessoa com amputação ajuda a diminuir significativamente a taxa de complicações decorrentes da realização de procedimentos cirúrgicos¹⁰.

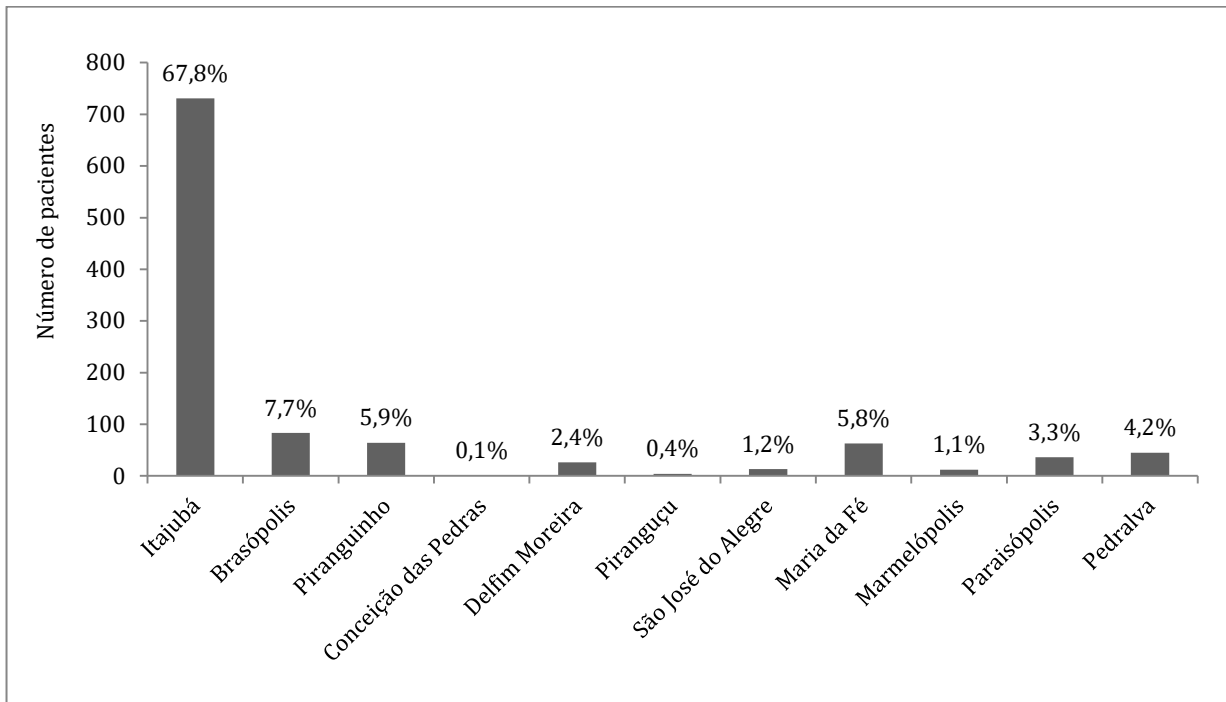


Figura 1 - Distribuição dos pacientes contrarreferenciados conforme microrregião de residência, no período de março de 2017 a março de 2018, no Hospital de Clínicas de Itajubá (N = 1.078).

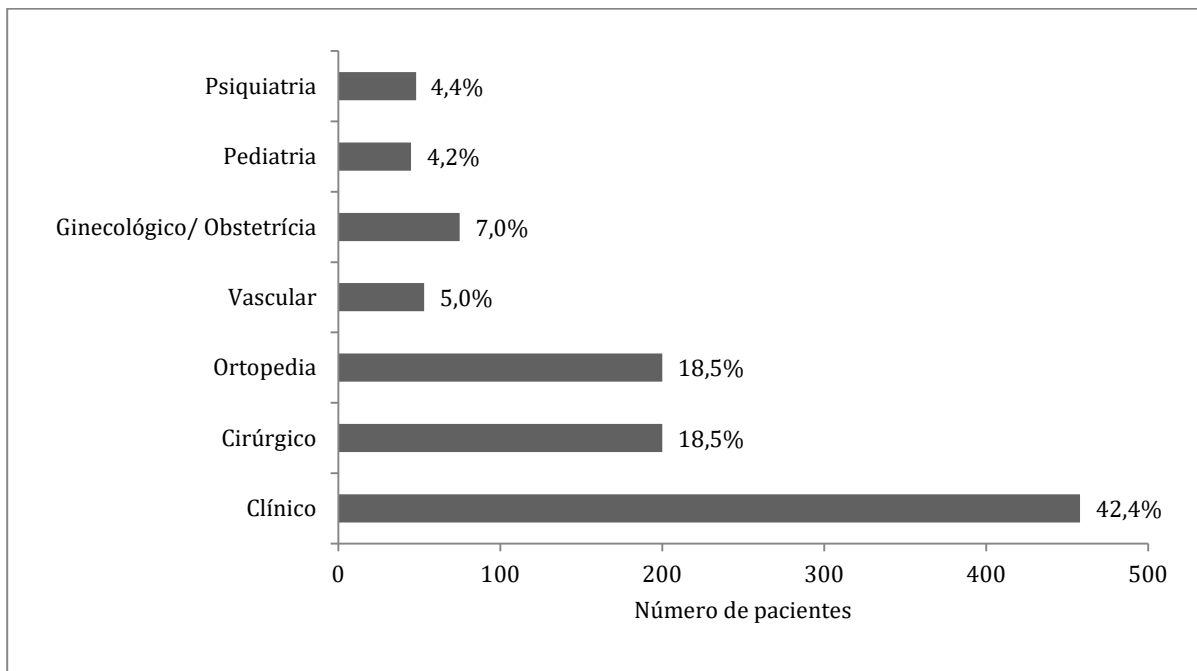


Figura 2 - Distribuição dos pacientes contrarreferenciados, conforme especialidade médica responsável, no período de março de 2017 a março de 2018, no Hospital de Clínicas de Itajubá (N = 1.078).

O estudo ainda verificou que houve pouca diferença nas respostas das Estratégias de Saúde da

Família e das Unidades Básicas de Saúde quanto a serem positivas ou negativas. Dentre os principais motivos para

obtenção de uma resposta negativa incluem-se: o endereço do paciente ter sido informado errado no prontuário, a mudança de endereço sem atualizar o serviço de saúde e a sobrecarga de serviço dos profissionais de saúde da atenção primária, impossibilitando assim, a execução da continuidade do processo pelo sistema. A integralidade da atenção, portanto, se distancia do que seria ideal decorrente da dificuldade da continuidade no atendimento, da falta de vagas quando se necessita de atendimento especializado, da falta de medicamentos e da grande demora no atendimento¹¹.

É válido ressaltar o quão inusitado é o trabalho do setor de contrarreferência do HCI, pois, além de contrarreferenciar os pacientes por meio de um formulário via correio eletrônico conforme protocolo do setor, o mesmo visa obter uma resposta da atenção primária sobre a situação de saúde do paciente pós-alta hospitalar. Porém, apenas em 51% dos casos o setor conseguiu uma resposta efetiva.

Pesquisas deste cunho são indispensáveis e exprimem o envolvimento do hospital para diminuir a probabilidade de uma possível reinternação decorrente da falta de suporte oferecido pela atenção primária. Entretanto, esta é apenas uma hipótese, que merece ser mais bem estudada. De toda forma, pesquisas demonstram a falta de comunicação entre os diversos níveis de atenção^{1,6,12-17}, entretanto, nenhum artigo evidenciou a existência da busca de um retorno por parte do hospital que contrarreferenciou este paciente.

Diferentes estudos evidenciaram a falha no diálogo entre as equipes, devido à ausência de conhecimento sobre o fluxo de comunicação institucionalizado, falta de planejamento, consolidação e definição desses serviços aos profissionais que atuam nessa área, inexistência da contrarreferência em grande parte dos casos, fragmentação dos serviços de saúde e desarticulação dos diferentes setores do SUS, contrapondo a proposta de um sistema unificado^{1,7,12,14-16}.

A educação permanente sobre este tema se torna primordial tanto para os profissionais quanto para os gestores. Além da necessidade de viabilizar estratégias que visem a aproximação entre os profissionais da atenção básica com os profissionais dos diferentes níveis de atenção, também torna-se imprescindível a informatização e unificação do prontuário do paciente¹. A ausência de conhecimento por parte de toda a equipe de saúde sobre o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência pode contribuir para que haja uma efetividade negativa nesse processo e, conseqüentemente, a inexistência de atividades de acompanhamento com o paciente e falta de *feedback* para o setor de contrarreferência implantado no ambiente hospitalar. Percebe-se a necessidade da consolidação de um sistema efetivo de referência e contrarreferência que possibilite o aproveitamento de ações e intervenções¹³, afinal, esse sistema assegura a articulação na rede de saúde entre os serviços disponibilizados pelo SUS, a fim de garantir o acesso a todos os usuários.

No presente estudo 32,2% dos pacientes contrarreferenciados pertenciam a outro município, por isso, a realização da contrarreferência é de suma importância para o processo de reabilitação do paciente

em seu município de origem. A população, em geral, não possui conhecimento sobre o direito que tem de ser contrarreferenciados, e nem sobre como o sistema de referência e contrarreferência atua, se contentando na maioria das vezes com a realização de um simples curativo¹⁴. Colaborando com a descontinuidade do tratamento encontra-se o desconhecimento desse sistema, que pode estar relacionado ao curto período de atuação dos profissionais, à desarticulação do processo, à inexistência de um sistema informatizado que possibilite a comunicação efetiva entre os diversos níveis de atenção e à comunicação falha que muitas vezes ocorrem informalmente com conteúdos e informações sucintas⁶.

Torna-se evidente a corresponsabilização das equipes de saúde no funcionamento desse sistema para que haja um melhor fluxo de atendimento e a promoção de um cuidado de forma mais digna, no seu território e contexto social¹⁷.

A atuação de forma integrada e intersetorial dentro dos serviços de saúde, juntamente com o planejamento do cuidado, têm se mostrado cada vez mais urgentes, pois a rede de cuidado se mostra fragmentada, uma vez que profissionais do nível primário de atenção têm pouca articulação com os que atuam nos níveis secundário e terciário, mesmo sendo preconizado nas diretrizes do SUS que a rede de atenção primária à saúde seja a ordenadora do cuidado¹⁸.

Como limitações da pesquisa pode-se citar a incipiência do serviço em questão, a investigação por meios eletrônicos ou telefônicos e a na obtenção de contato eficaz com a enfermeira da atenção primária.

Desse modo, o setor de contrarreferência em âmbito hospitalar contribui com a continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação do paciente que retorna para seu domicílio. Por fim é fundamental que os profissionais de saúde entendam que este serviço de referência e contrarreferência não é apenas uma função a mais a ser imposta em suas obrigações, e sim um complemento de suas atribuições no qual proporcionará a continuidade do cuidado. Sugere-se a realização de novas pesquisas para avaliar os motivos que interferem na efetividade do processo de contrarreferência.

Conclusão

Esse estudo evidenciou como a construção de um sistema integrado ainda é um grande desafio para o SUS, afinal o sistema de contrarreferência do Hospital de Clínicas de Itajubá foi efetivo em 51% dos casos. Mesmo obtendo uma resposta eficaz em mais da metade dos casos, este estudo leva à reflexão sobre os fatores que poderiam ajudar na ocorrência da integralidade no atendimento, como por exemplo, uma reestruturação do serviço de referência e contrarreferência, a educação permanente sobre o assunto, a conscientização de toda população sobre o direito da continuidade do cuidado e a criação de um prontuário único que interligue o atendimento deste paciente nos diferentes níveis de atenção por meio de um sistema informatizado em todo Brasil.

Referências

1. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LSM, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate. 2014;38(spe):209-20. doi: [10.5935/0103-1104.2014S016](https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S016)
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);2011. 549p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS n. 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 (2010 Dec 31); Seção 1.
4. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. Cogitare Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 15];21(1):1-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27701>
5. Silva AC, Kist L, Saraiva R, Wagner MJ, Saraiva J. Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. Monografia [Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
6. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis [Internet]. 2016;26(3):1033-51. doi: [10.1590/s0103-73312016000300016](https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016)
7. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. Esc Anna Nery [Internet]. 2017;21(2):1-7. doi: [10.5935/1414-8145.20170028](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170028)
8. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2008;7(1):65-72. doi: [10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4908](https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i1.4908)
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. IBGE|Cidades@|Minas Gerais|Itajubá|Panorama [cited 2019 Dec 15]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/itajuba/panorama>
10. Ferreira ML Vargas MAO, Marques AMFB, Huhn A, Andrade SR, Vargas CP. Atuação do enfermeiro no referenciamento e contrarreferenciamento de pessoas com amputação. Cogitare Enferm. 2017;(22)3:e50601. doi: [10.5380/ce.v22i3.50601](https://doi.org/10.5380/ce.v22i3.50601)
11. Torralbo FAP, Juliani CMM. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento ao adolescente: realidade x integralidade. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2016;10(3):1016-21. doi: [10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201610](https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201610)
12. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. Rev APS [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 15];16(3):287-93. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15213>
13. Fernandes MC, Silva LMS. Nurse care management in the family health strategy: integrative review. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Sep 25];14(2):438-47. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3408/2645>
14. Cronca AF, Costa TP, Minetto GP. O sistema de referência e contrarreferência no atendimento à pacientes com queimaduras no hospital estadual Bauru - HEB. RIPE: Construindo o Serviço Social [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 15];14(26):1-52. Disponível em: <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/105>
15. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Cienc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2019 Dec 15];15(3):3579-586. Disponível em: <http://ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/view/105/152>
16. Kahl C, Cunha KSda, Lanzoni GMM, Higashi GDC, Erdmann AL, Baggio MA. Referência e contrarreferência: repercussões da revascularização miocárdica na perspectiva da Atenção Primária. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(5):2499-507. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0598](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0598)
17. Kantorski LP, Coimbra VCC, Oliveira NA, Nunes CK, Pavani FM, Sperb LCSO. Atenção psicossocial infantojuvenil: interfaces com a rede de saúde pelo sistema de referência e contrarreferência. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 15]; 26(3):1-10.
18. Molini-Avejonas DR, Santos THF, Oliveira SRde, Rondon-Melo S. Caracterização dos sistemas de referência e contrarreferência em um serviço de fonoaudiologia de alta complexidade na cidade de São Paulo. Audiol Commun Res [Internet]. 2018; 23:1-9. doi: [10.1590/2317-6431-2017-1859](https://doi.org/10.1590/2317-6431-2017-1859)

Contribuições dos autores:

Concepção e desenho do estudo: KTP
 Análise e interpretação dos dados: KTP
 Coleta de dados: KTP
 Redação do manuscrito: KTP, HAS, SRMPD
 Revisão crítica do texto: KTP, HAS, SRMPD
 Aprovação final do manuscrito: KTP, HAS, SRMPD
 Análise estatística: KTP
 Responsabilidade geral pelo estudo: KTP, HAS, SRMPD

Informações sobre financiamento: não se aplica.

Os autores informam não haver conflito de interesses.