

# Os Desafios de Comunicação Entre os Níveis de Atenção Primária e Terciária no Município de Parnaíba-PI

## Communication Challenges Between Primary and Tertiary Care Levels in the City of Parnaíba-PI

Augusto César Beltrão da Silva<sup>a</sup>; José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>b</sup>; Fábio Solon Tajra<sup>c</sup>; Alba Angélica Nunes Mouta<sup>\*b</sup>; Renata Paula Lima Beltrão<sup>b</sup>; Davi Sérgio dos Santos Pacifico<sup>a</sup>; Larissa Oliveira Batista<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba. PI, Brasil.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Delta do Parnaíba. PI, Brasil.

<sup>c</sup>Universidade Federal do Piauí. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella. PI, Brasil.

\*E-mail: [angelicanmouta@gmail.com](mailto:angelicanmouta@gmail.com)

---

### Resumo

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada no sistema de saúde, devendo todo paciente, antes de passar por um médico especialista, ser atendido por um médico generalista. Mesmo existindo instrumentos específicos para o encaminhamento dos casos da atenção primária para o serviço especializado, ainda existem muitas dificuldades de comunicação entre os serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde, proporcionando prejuízos na assistência, dificuldades na continuidade do cuidado e causando a fragmentação do cuidado. O objetivo do estudo foi analisar o preenchimento do instrumento de encaminhamento entre a atenção primária e a atenção terciária de saúde, visando entender as falhas de comunicação entre a atenção primária e o serviço especializado dentro da rede de saúde. Este é um estudo retrospectivo de abordagem quali-quantitativa utilizando a análise documental de prontuários dos pacientes encaminhados da Atenção Primária de Saúde para o serviço terciário de cirurgia geral, realizado no município de Parnaíba Piauí (PI). Sendo observado que a maior parte dos campos das fichas ou prontuários foram deixados em branco ou preenchidos de forma ilegível, o que pode acarretar dificuldades no agendamento e comparecimento das consultas e/ou procedimentos, dificultando a comunicação entre os níveis de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Atenção Terciária à Saúde. Continuidade da Assistência ao Paciente. Referência e Consulta. Sistema Único de Saúde.

### Abstract

*Primary Health Care is the gateway to the health system, and every patient must see a generalist before seeing a specialist doctor. Even though there are specific instruments for forwarding cases from primary care to specialized services, there are still many communication difficulties between the services that make up the Health Care Networks, leading to losses in care, difficulties in continuity of care and causing care fragmentation. The objective of the study was to analyze the completion of the referral instrument between primary care and tertiary health care, aiming to understand communication gaps between primary care and specialized services within the health network. This is a retrospective study with a qualitative and quantitative approach using documentary analysis of patients' medical records referred from primary health care to the tertiary general surgery service, carried out in the city of Parnaíba Piauí (PI). It was observed that most of the fields in the forms or medical records were left blank or filled in illegibly, which could lead to difficulties in scheduling and attending appointments and/or procedures, making communication between levels of health care difficult.*

**Keywords:** Primary Health Center. Tertiary Healthcare. Continuity of Patient Care. Referral and Consultation. Unified Health System.

---

## 1 Introdução

Entre os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, talvez, seja o mais desafiador na construção conceitual e prática da Reforma Sanitária. Esse princípio defende que o usuário seja visto individualmente e inserido em um meio coletivo, respeitado como um agente social e que usufrua da oferta de saúde gerenciada, conforme suas necessidades, dentro dos níveis de complexidade do sistema, de forma contínua e articulada.

A imprescindibilidade deste preceito básico é reafirmada a partir do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que propõe arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que visem ações de promoção, prevenção e assistência em seus diversos pontos

(Kalichman; Ayres, 2016).

Não basta assegurar a qualidade do serviço, nos três níveis de atenção à saúde, deve-se considerar a trajetória do usuário, na qualidade de ator principal e foco dos cuidados, na busca pela resolutividade de suas demandas. Essa trajetória pode ser denominada itinerário terapêutico, que são as atividades desenvolvidas pelo usuário dos serviços de saúde na procura pelo tratamento para a doença. A resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário, quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde é a resolutividade (Costa *et al.*, 2014). Essa resposta não compreenderia, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde.

A resolutividade pode ser avaliada em dois aspectos: no próprio serviço, quanto à capacidade de atender à sua demanda e

no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde (Alves, 2015).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), caracteriza-se como a porta de entrada preferencial do SUS. Deve ser geograficamente o caminho mais próximo e acessível as comunidades, acolhendo o indivíduo em sua realidade sociopolítica-epidemiológica, de modo universal e igualitário. Ocupando posição privilegiada de gestão do cuidado dos usuários, cumprindo o papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Sua eficiência em reconhecer os casos a serem abordados, exclusivamente nas instâncias básicas, e destinar os usuários que necessitam de avaliação especializada é definidora de qualidade e no fluxo do sistema, e interfere diretamente na ordenação de recursos (Almeida *et al.*, 2018).

Favorecer a acessibilidade e utilização (acesso realizado) são atributos essenciais da atenção primária, porque se a população não acessa os serviços do primeiro nível, não se beneficia de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de serviço (Macinko; Mendonça, 2018).

O modo como esses pacientes são encaminhados no sistema, quer para atenção secundária ou atenção terciária, tem sido foco de estudos e gerado a produção de protocolos de encaminhamento em diversas unidades, a exemplo dos Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada produzidos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e publicado pelo Ministério da Saúde no Brasil em 2015. Neste documento, fica clara a necessidade da adaptação às realidades regionais, às especialidades pretendidas e às características específicas de cada usuário (Brasil, 2015).

Existem desafios na comunicação nas RAS, mesmo com uso de instrumentos de encaminhamento, são problemas cotidianos do trabalho que dificultam a consolidação da integralidade. Essa desarticulação é citada como fator de predisposição para prejuízos na assistência e entrave na continuidade do cuidado. A fragmentação das ações de saúde inviabiliza a formação de um plano terapêutico e implica realização de exames e intervenções desnecessárias que atrasam e/ou impedem a adequada condução do paciente (Moll, 2017).

O objetivo deste artigo é analisar o instrumento de encaminhamento entre o nível de atenção primária e a atenção terciária no município de Parnaíba-PI.

## 2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo que utiliza a abordagem qualitativa, cujo objetivo foi analisar o instrumento de encaminhamento entre os diferentes níveis de atenção utilizado no município de Parnaíba-PI, utilizando para isso a análise retrospectiva do prontuário de pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia geral da Santa Casa de Misericórdia, visando analisar o preenchimento da ficha para agendamento de consulta dos pacientes encaminhados da APS para o serviço de cirurgia.

As fichas observadas eram referentes ao período de janeiro a dezembro de 2019. Foram analisadas 778 fichas desse período estabelecido, destas 377 foram descartadas por serem referentes a outras especialidades médicas (210 clínica médica, 132 ortopedia, 18 ginecologia, seis cardiologias e um psiquiatria). Portanto, a amostra da pesquisa é composta por 411 prontuários. A análise das fichas foi realizada por meio da avaliação das informações, verificando se estavam ou não preenchidas e se as informações são legíveis.

Após a coleta dos dados obtidos, por meio da análise dos prontuários, foi realizada a análise descritiva qualitativa e quantitativa, com a finalidade de verificar aspectos importantes e relevantes ao desenvolvimento da pesquisa.

Foi utilizado o pacote estatístico SPSS, em sua versão 25, para realização de análises estatísticas. Especificamente, estatísticas descritivas, com porcentagens para caracterização das fichas de agendamento de consultas e testes qui-quadrado, a fim de identificar a significância estatística da distribuição nas categorias de respostas possíveis.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, número 4.987.139 e CAAE 48447421.9.0000.5214 estando de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo pesquisas com humanos.

## 3 Resultados e Discussão

Com base nos dados coletados, 411 fichas de agendamento de consulta, foram realizados testes estatísticos, a fim de atingir o objetivo da pesquisa. A princípio foram agrupados em blocos de conteúdo e analisados a frequência da presença de algumas características na ficha de agendamento de consulta, especificamente, foi avaliado se a característica estava presente na ficha (tem), se não (tem) ou se era ilegível. Para tanto, foram realizadas estatísticas descritivas com base na porcentagem, complementadas por testes qui-quadrado, a fim de verificar a distribuição dos dados nas categorias possíveis, identificando se diferente da esperada. Foi constatado que a maior parte dos dados que compõem a ficha não foram preenchidas.

Entre as variáveis que apresentam maior porcentagem de preenchimento estão a especialidade solicitada e o nome completo do paciente (ambas chegando a mais de 90%), visto que são elementos básicos para a marcação da consulta nos centros de saúde. No entanto, as informações dos dados cadastrais do paciente são quase ignoradas na hora do preenchimento das fichas.

A regulação é responsável por verificar se o paciente tem realmente indicação clínica para atendimento no serviço especializado e, com base nas informações contidas no campo dados clínicos, verificar a prioridade que o paciente terá (Brasil, 2015). Neste estudo, os dados clínicos do paciente foram preenchidos em 83,7% da amostra, no entanto, a maior parte era descrita de forma incipiente, sendo as informações superficiais.

Quanto à necessidade de encaminhamento, existem várias

estratégias utilizadas na própria atenção primária que podem contribuir para a resolução do quadro do paciente, como a construção de projeto terapêutico singular e o matriciamento (este último é uma forma de reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais da APS). A utilização desses recursos irá ampliar o poder de resolutividade da APS (Almeida *et al.*, 2013; Brasil, 2015). O motivo da consulta pode ser visto como uma rica informação sobre o paciente, sendo uma forma de entender a percepção do paciente sobre o seu problema (Brasil, 2013). O motivo da consulta e a queixa do paciente só foram observadas em 37,7% e 11%, respectivamente, das fichas analisadas, mostrando a omissão de aspectos importantes.

Procedeu-se as análises e descrição em tabelas, que demonstram os dados cadastrais. O Quadro 1 mostra os dados cadastrais, que constam na ficha e se essa informação estava ou não preenchida, ou mesmo se estava preenchida de forma legível, como pode ser observada abaixo.

**Quadro 1 - Dados cadastrais de solicitação**

Características	Presença na Ficha			Teste qui-quadrado	
	Tem	Não	Ilegível	$\chi^2$	<i>p</i>
Carimbo do estabelecimento solicitante	33,8%	65,7%	0,5%	262,17	0,001*
Especialidade solicitada	97,3%	2,4%	0,2%	757,62	0,001*
Número do cartão SUS	31,9%	68,1%	--	54,02	0,001*
Nome completo do paciente	92%	7,3%	0,7%	638,58	0,001*
Raça/cor	1,7%	98,1%	0,2%	774,83	0,001*
Nascimento	42,8%	57,2%	--	8,47	0,001*
Idade	21,4%	78,6%	--	134,37	0,001*
Sexo	38,4%	61,6%	--	234,75	0,001*

Nota: \*  $p < 0,05$

Fonte: dados dos autores.

No Quadro 1 é possível identificar as características gerais da ficha e dados sociodemográficos do paciente. Com base no observado, chama-se atenção que quanto ao carimbo do estabelecimento, número do cartão SUS, raça/cor, nascimento, idade e sexo a maioria das fichas (> 57% em todas estas) não têm estas informações. Somente o nome completo e a especialidade solicitada foram encontradas na maioria das fichas. Observa-se, também, que em todas as características esta distribuição difere de maneira estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). A seguir, complementam-se os dados gerais com características de cadastro.

As informações do instrumento de encaminhamento possuem várias informações, sendo essas questões pessoais do paciente, informações clínicas e dados referentes ao local da consulta e especialidade médica que o paciente necessita da consulta. Os dados cadastrais pessoais de cada paciente, destacando que até mesmo informações básicas, como o nome do paciente, estiveram ausentes em 26,5% dos pacientes (Quadro 2).

**Quadro 2 - Dados cadastrais pessoais**

Características	Presença na ficha			Teste Qui-Quadrado	
	Tem	Não	Ilegível	$\chi^2$	<i>P</i>
RG/CPF	6,6%	93,2%	0,2%	665,05	0,001*
Nome da mãe	26,5%	73,5%	--	90,63	0,001*
CEP	10,2%	89,8%	--	260,17	0,001*
Endereço	25,3%	74,5%	0,2%	351,43	0,001*
Bairro	22,1%	77,6%	0,2%	392,234	0,001*
Município	29,7%	70,1%	0,2%	303,08	0,001*
Estado federativo	22,4%	77,6%	--	125,37	0,001*
Fone	11,7%	88,3%	--	240,49	0,001*

Nota: \*  $p < 0,05$

Fonte: dados dos autores.

Com base no Quadro 2, verifica-se que todas as informações acerca de informações pessoais do paciente não constam (>70%), na maioria das fichas consultadas. Enfatiza-se que, em todas estas oito características descritas na tabela (RG/CPF; nome da mãe; CEP; endereço; bairro; município; estado federativo e fone), a diferença de distribuição entre as categorias de respostas foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Ademais, a seguir, são apresentadas as características acerca de dados clínicos presentes nas fichas.

A parte referente aos dados clínicos são as principais informações desta ficha, visto que com base em preenchimento dessas informações, a pessoa responsável pela marcação da consulta pode avaliar a gravidade do caso, observar se realmente este paciente tem indicação para consulta com aquele especialista, bem como, no momento da consulta com o especialista, ele pode entender o motivo do médico generalista ter feito esse encaminhamento. Como pode ser observado, na tabela abaixo (Quadro 3), em mais da metade das fichas não constava a queixa principal do paciente e/ou o motivo do encaminhamento.

**Quadro 3 - Dados cadastrais de dados clínicos.**

Características	Presença na ficha			Teste qui-quadrado	
	Tem	Não	Ilegível	$\chi^2$	<i>P</i>
Dados clínicos	83,7%	5,6%	10,7%	470,76	0,001*
Motivo do encaminhamento	37,7%	52,1%	10,2%	111,52	0,001*
Queixa do paciente	11%	78,8%	10,2%	385,23	0,001*
Hipótese diagnóstica	55,7%	34,3%	10%	129,17	0,001*
Resultados de exames	6,6%	83,2%	10,2%	750,80	0,001*
Outros motivos de encaminhamento	8,8%	81,3%	10%	425,01	0,001*

Nota: \*  $p < 0,05$

Fonte: dados dos autores.

Com base no que é verificado no Quadro 3, chama-se atenção que as características clínicas quanto ao motivo do encaminhamento, a queixa do paciente, resultados de

exames e outros motivos de encaminhamento não constam na maioria (> 52%) das fichas consultadas para esta pesquisa. Dados clínicos e hipótese diagnóstica, sim, estão presentes na maioria das fichas (> 55%). Em todas as características esta distribuição difere de maneira estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

A APS é o principal elo na correta estruturação desse serviço, pois tem o poder de resolver diversos casos sem a necessidade de encaminhamento. Se funcionando de maneira correta, a APS tem o poder de resolução entre 85-90% dos problemas de saúde da população adscrita. Embora a APS deva funcionar como porta de entrada, ainda é muito frequente os usuários do SUS adentrarem aos serviços de saúde por meio de atendimento em serviços ambulatoriais ou de pronto-socorro (Andrade; Francischetti, 2019; Moll *et al.*, 2017; Sousa, 2012).

O acesso principal do usuário para receber atendimento especializado é através do encaminhamento do médico generalista da APS. Durante as consultas, o médico deve avaliar as queixas do paciente e ver a necessidade de um encaminhamento, caso seja constatada a necessidade, o profissional deve preencher uma ficha que deve conter dados pessoais, história médica e a justificativa da solicitação da consulta especializada. Em seguida, o usuário do serviço de saúde leva essa ficha até o Centro de Saúde para que o funcionário administrativo agende a consulta e/ou os exames solicitados, esse funcionário irá agendar a consulta e passar as datas e informações pertinentes ao paciente (Almeida *et al.*, 2013).

Muitos encaminhamentos são realizados utilizando critérios genéricos e estereotipados. Gerando muitos encaminhamentos desnecessários, lotando os hospitais e ambulatorios, com demandas que, muitas vezes, seriam resolvidas na própria APS. Portanto, a organização de um protocolo de encaminhamento pode servir para diminuir o número de encaminhamentos e treinar os profissionais que preenchem as fichas ao correto funcionamento dos dados (Molini-Alvejonas *et al.*, 2018).

Belo Horizonte, cidade localizada no estado de Minas Gerais, conseguiu diminuir o número de encaminhamentos desnecessários construindo um protocolo para a definição de fluxos e regulação da atenção especializada. Destacando que o processo de elaboração desses fluxos funcionou como uma espécie de capacitação para os profissionais da APS e atenção especializada (Almeida *et al.*, 2013).

Foi observada a presença de fichas sem o nome da especialidade almejada (Quadro 4) para a consulta, bem como na maioria das fichas não constavam informações relacionadas ao local e/ou endereço da realização da consulta, o que pode ter dificultado o comparecimento do paciente no local da consulta.

**Quadro 4 - Dados cadastrais dos profissionais**

Características	Presença na ficha			Teste qui-quadrado	
	Tem	Não	Ilegível	$\chi^2$	$p$
Carimbo do profissional/data	93,4%	6,1%	0,5%	669,91	0,001*
Assinatura do profissional/data	89,5%	10,2%	0,2%	590,38	0,001*
Local de atendimento	69,6%	30,4%	--	63,07	0,001*
Endereço	36%	64%	--	32,18	0,001*
Nome do profissional	74,9%	24,8%	0,3%	357,38	0,001*
Data e hora do comparecimento	77,1%	22,9%	--	120,99	0,001*
Assinatura pelo responsável do atendimento	93,9%	6,1%	--	317,08	0,001*
Carimbo pelo responsável pelo atendimento	44%	56%	--	5,84	0,001*
Número da autorização	80,5%	19,5%	--	153,28	0,001*

Nota: \*  $p < 0,05$

Fonte: dados dos autores.

Como última proposta de pesquisa, foram verificados dados referentes ao profissional. A partir disso, com base no Quadro 4, identificou-se que o endereço e o carimbo pelo responsável pelo atendimento não constam na maioria das fichas consultadas (>56%). Já as demais características (carimbo do profissional/data; assinatura do profissional/data; local de atendimento; nome do profissional; data e hora do comparecimento; assinatura pelo responsável pelo atendimento e número da autorização) constam (tem) na maioria (> 69%) das fichas de agendamento de consultas e estas distribuições foram estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Desde a fundação do SUS, em 1988, que este vem passando por contínuos processos de sistematização e organização dos serviços, visando assegurar o acesso aos usuários e garantir a qualidade do serviço (Muneratti, 2008). Os serviços devem estar articulados visando o estabelecimento de um fluxo contínuo de atendimento ao usuário, devendo ser criadas estratégias que melhorem a comunicação entre os níveis de atenção, visando garantir esse atendimento integral e humanizado (Austregésilo *et al.*, 2015; Moll *et al.*, 2017).

Um dos principais instrumentos para ajudar no processo de integração da APS ao atendimento especializado foi a implantação do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), apesar de ser inserido, de formas distinta, em cada lugar (a depender das condições físicas, socioeconômicas e disponibilidade de internet), este serviço tem se mostrado como uma forma dos gestores monitorizarem o tamanho da lista de espera, definirem prioridades e garantirem o controle da agenda (Almeida *et al.*, 2013).

A organização do SUS é marcada por barreiras na comunicação e integração entre os níveis de atenção à

saúde. A formação dos profissionais de saúde não pode estar relacionada apenas a conhecer os aspectos fisiológicos e patológicos do ser humano, o futuro profissional de saúde também deve conhecer os aspectos estruturais, que norteiam as ações e práticas do sistema de saúde. A formação dos profissionais não deve ser focada apenas no diagnóstico e tratamento das doenças, mas sim pautado no atendimento integral, atender o paciente como um ser biopsicossocial, visando atender todas as suas demandas de saúde, olhar para o usuário de forma holística (Austregésilo *et al.*, 2015; Molini-Alvejonas *et al.*, 2018).

Um fator que pode contribuir para a ocorrência de desafios na comunicação (entre essas, o preenchimento das fichas), é a alta rotatividade de médicos nas Estratégias de Saúde Familiar, sendo em sua maioria profissionais recém-formados que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde antes de iniciarem a especialização. Portanto, esse trabalho temporário pode contribuir para a não construção de vínculos com a população adstrita e a falha em determinados procedimentos (Andrade; Francischetti, 2019). Embora exista uma residência específica para a medicina de família e comunidade, ainda existem poucos profissionais especialistas (frente a demanda da população).

Para o funcionamento pleno e efetivo do SUS é necessário que as RAS estejam em constante processo de comunicação, e que todos os profissionais que fazem parte dessas redes tenham conhecimento do procedimento necessário para realização de cada ação no sistema. Parte desses serviços são integrados, necessitando da participação conjunta de profissionais que atuam em níveis de atenção diferentes. Com a estruturação das redes passa a ocorrer o serviço de referência e contrarreferência, que são uma forma de comunicação entre os níveis de saúde, sendo usada como uma maneira de prestar um serviço para o usuário, mas também é uma forma de avaliar a qualificação da equipe. A referência é definida como o trânsito do usuário do serviço de menor especialização para o de maior complexidade, já a contrarreferência é o trânsito inverso. O objetivo é que os pacientes transitem bem pelos serviços e completem seu itinerário terapêutico de forma eficaz, conseguindo atender suas necessidades de saúde (Andrade; Francischetti, 2019; Santos; Silva, 2003).

Destacando que comunicação não é apenas repassar as informações sobre o estado e as necessidades de saúde de um paciente para os demais profissionais, mas sim, uma maneira de representar as demandas de saúde do usuário, atendendo os aspectos biopsicossociais de cada usuário, e não apenas os aspectos fisiopatológicos de cada doença (Andrade; Francischetti, 2019; Molini-Alvejonas *et al.*, 2018).

Diversos fatores influenciam, positiva ou negativamente, no funcionamento do sistema de referência e contrarreferência do serviço, sendo esses: atendimento ineficaz, formação do profissional de saúde (podendo levar a diagnósticos errados e encaminhamentos desnecessários), representação social das

instituições (a maneira como a sociedade vê os hospitais e as UBS) (Molini-Alvejonas *et al.*, 2018).

Para que a ocorra o processo de referência, também é necessário que o usuário tenha um serviço de contrarreferência para poder recorrer em caso de dúvidas e para receber maiores informações (Barros; Amaral, 2017; Ribeiro; Hildebrand, 2014).

Foi observado nesta pesquisa, que a maior parte dos dados da ficha foram deixadas em branco, inclusive, dados referentes à data do atendimento e o local de realização da consulta. Em função das longas lista de espera, o agendamento só consegue ser feito para meses depois, o paciente pode acabar esquecendo as informações se o profissional apenas verbalizar e não preencher as informações na ficha.

Essa barreira na comunicação pode gerar dúvidas e a abstenção as consultas. Para que esse serviço ocorra com êxito, é necessário que exista um desempenho por parte de todos os profissionais envolvidos no processo, os profissionais devem conhecer todo o processo de encaminhamento. Antes de referenciar, o profissional deve conhecer todo o trajeto que o paciente irá seguir até conseguir a consulta especializada, além de ter um bom domínio sobre a área de atuação da especialidade solicitada, para ter a certeza de que o paciente realmente necessita daquele serviço (Muneratti, 2008).

#### 4 Conclusão

Há uma barreira de comunicação entre a atenção primária e a atenção terciária, as fichas de agendamento de consultas mostram, em sua predominância, serem preenchidas de forma incompleta, na maior parte dessas fichas não constam dados básicos para a correta análise do caso de cada paciente, além de grande parte das fichas possuírem dados ilegíveis. Essa falta de dados pode prejudicar a marcação da consulta, visto que a falta de dados pessoais e/ou da história clínica do paciente pode impossibilitar o agendamento.

A barreira na comunicação também pode impactar na evasão as consultas depois de já agendadas, visto que caso não sejam escritos data, horário e o local de comparecimento das consultas e for apenas verbalizado para o paciente no momento da marcação, pode acabar levando ao esquecimento, visto que os pacientes muitas vezes têm que esperar meses para conseguir o atendimento.

#### Referências

- ALMEIDA, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate*, v.37, n.98, 2013.
- ALMEIDA, P.F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, v.42, n.1, 2018.
- ALVES, P. C. Itinerário Terapêutico e os nexos de significado da doença. *Rev. Ciênc. Soc.*, v. 42, 2015.
- ANDRADE, L.S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde Transf. Soc.*,

v.10, 2019.

AUSTREGÉSILO, S.C. et al. A interface entre a atenção primária e os serviços odontológicos de urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.20, n.10, 2015. doi: 10.1590/1413-812320152010.12712014.

BARROS, F.P.C.; AMARAL, T.C.L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *An. Inst. Hig. Med. Trop.*, v.16, n.3, 2017. doi: 10.25761/anaisihmt.42

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada. Endocrinologia e nefrologia. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada – CDS. Manual para preenchimento das fichas. Brasília: MS, 2013.

COSTA, J.P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*, v.38, n.103, 2014. doi: 10.0945/0103-1104.20140067.

DA SILVA, MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*, v.42, 2018. doi: 10.1590/0103-11042018S102

KALICHMAN, A.O.; AYRES, J.R.C.M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS.

*Cad. Saúde Pública*, v.32, n.8, 2016. doi: 10.1590/0102-311X00183415.

MOLINI-ALVEJONAS, D.R. et al. Caracterização do sistema de referência e contrarreferência em um serviço de fonoaudiologia de alta complexidade na cidade de São Paulo. *Audiol Commun. Res.*, v.23, 2018. doi: 10.1590/2317-6431-2017-1859.

MOLINI-ALVEJONAS, D.R. et al. Caracterização do sistema de referência e contrarreferência em um serviço de fonoaudiologia de alta complexidade na cidade de São Paulo. *Audiol Commun. Res.*, v.23, 2018.

MUNERATTI, R. Dificuldades de comunicação entre os serviços em um Sistema de Saúde Municipal. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

MOLL, M.F. et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. *Rev. Enferm. UFPE online*, v.11, n.1, 2017. doi: 10.5205/1981-8963-v11i1a11881p86-93-2017.

RIBEIRO, V.S.; HILDEBRAND, S.M. Plano de Intervenção para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde de média complexidade. *Com. Ciênc. Saúde*, v.25, n.2, 2014.

SOUZA, D.M.M. A importância da comunicação na equipe de saúde da família. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

SANTOS, K.M.A.B.; SILVA, M.J.P. Comunicação entre líderes e liderados: visão dos enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.37, n.2, 2003. doi: 10.5205/reoul.11138-99392-1-SM-1111sup2017.