

**HOSPITAL BRUNO BORN**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – ATENDIMENTO AO**  
**PACIENTE ONCOLÓGICO**

**PÂMELA NAÍSE PASQUETTI**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS**  
**ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Lajeado – RS  
2021

**PÂMELA NAÍSE PASQUETTI**

**REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS  
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência realizado para obtenção do grau de Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde - Atendimento ao Paciente Oncológico.

Orientadora: Ms<sup>a</sup>. Francieli Dartora Silva

Co-orientadora: Esp<sup>a</sup>. Débora Luisa Mantovani

Lajeado- RS  
2021

## Sumário

<b>RESUMO</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>7</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Linhas de cuidado, vínculo e assistência ao paciente oncológico na APS</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2 Processo de referência e contrarreferência do paciente oncológico</b> .....	<b>11</b>
<b>3.3 Desafios do processo de referência e contrarreferência</b> .....	<b>14</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>16</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>17</b>

## RESUMO

O elevado percentual das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a busca constante dos indivíduos por atendimentos na Atenção Primária a Saúde bem como, encaminhamentos para outros níveis de atenção suscitou a necessidade de identificar o processo e a efetivação da referência e contrarreferência de forma a auxiliar no planejamento dos cuidados em saúde, na perspectiva multiprofissional, uma vez que, permite tecer e implementar cuidados de forma integral e personalizado ao longo do processo saúde-doença. Deste modo, o presente estudo teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde frente à aplicação do processo de referência e contrarreferência de pacientes oncológicos atendidos na Atenção Primária a Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. O presente estudo foi desenvolvido em uma Unidade Básica de saúde situada em um município do Vale do Taquari a qual contempla duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família. Foram convidados a participar da pesquisa profissionais da saúde atuantes na assistência ao paciente oncológico e também os agentes comunitários de saúde que possuem pacientes oncológicos adscritos em seu território. A coleta de dados deu-se por meio de um questionário semiestruturado composto por nove questões abertas utilizado para avaliar a existência de referência e contrarreferência. Dessa forma, o estudo visou colaborar na assistência prestada ao paciente oncológico atendido na Atenção Primária a Saúde, com potencial de cada vez mais qualificar cuidado em saúde dispensado aos usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde. Oncologia. Profissionais da saúde.

## **LISTA DE SIGLAS**

**APS** - Atenção Primária a Saúde.

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde.

**CENEPE** - Centro de Ensino e Pesquisa.

**COEP** - Comitê de Ética e Pesquisa.

**DCNT** - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

**ESF** - Estratégia Saúde da Família.

**INCA** - Instituto Nacional de Câncer.

**PNAO** - Política Nacional de Atenção Oncológica.

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde.

**TCLE** - Termo de consentimento livre e esclarecido.

**UBS** - Unidade Básica de saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, dentre Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) o câncer é considerado um problema de saúde pública em decorrência de seu elevado percentual de crescimento nas últimas décadas. Destaca-se ainda, que o câncer é responsável pelo acometimento de indivíduos de diferentes faixas etárias, classes sociais e ambos os sexos.

Cabe ressaltar, que aproximadamente 70% das mortes por câncer ocorrem em países de média e baixa renda, sendo a segunda principal causa de óbito da população mundial segundo a Organização pan-americana da saúde<sup>15</sup>. Salienta-se ainda, que os principais fatores de risco para o desencadeamento da patologia estão relacionados aos fatores genéticos, sexo, idade, hábitos alimentares inadequados, inatividade física e uso excessivo de álcool e tabaco.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer<sup>10</sup>, estima-se para o Brasil o triênio de 2020-2022 a ocorrência de 625 mil novos casos de câncer entre homens e mulheres. Logo, dentre os tumores de maior incidência estão os cânceres de próstata, cólon e reto, traquéia, bronco e pulmão, estômago e cavidade oral em homens e o câncer de mama feminino, cólon e reto, colo de útero, traqueia, bronco e pulmão e glândula tireóide em mulheres.

À vista deste cenário, cada vez mais faz-se necessário que os profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária a Saúde (APS), estejam preparados para atender a demanda deste público, bem como, estejam munidos de ferramentas que auxiliem desde o diagnóstico até o tratamento. Autores ressaltam que as equipes atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), devem ofertar aos pacientes oncológicos, cuidado integral de forma continuada ao longo do tempo, tendo como premissa a realidade da população adscrita em seu território, bem como fortalecer o vínculo entre o profissional e usuário<sup>19</sup>.

Nesta perspectiva, com o intuito de prestar uma assistência cada vez mais qualificada, humanizada, organizada e com encaminhamentos efetivos, pontua-se a relevância do serviço de referência e contrarreferência. Neste contexto, autores<sup>11</sup> inferem que cada vez mais o sistema de referência e contrarreferência de usuários a diferentes níveis de complexidade tem sido resolutivo nos problemas de saúde da população.

Ainda, autores supracitados salientam que esta prática, potencializa a integralidade do cuidado no campo da saúde, permitindo assim o fortalecimento de vínculo de profissionais para com pacientes, além de evitar a fragmentação do cuidado, proporcionando mais qualidade na assistência<sup>11</sup>.

Deste modo, o cuidado em saúde para com o paciente oncológico, bem como, o processo e a efetivação da referência e contrarreferência é intrínseco ao processo de trabalho dos profissionais de saúde e cada vez mais torna-se indispensável para que a assistência seja qualificada. Para tanto, este estudo teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde frente à aplicação do processo de referência e contrarreferência de pacientes oncológicos atendidos na APS.

## **2. METODOLOGIA**

Este estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) sob CAAE 43276821.4.0000.5310 e desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada na região central do estado do Rio Grande do Sul, na região geográfica do Vale do Taquari.

A UBS foco do estudo, contempla em seu espaço físico duas Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), nominadas em ESF 1 a qual tem adscrito em seu território uma população de 3737 indivíduos e a ESF 2 em sua área de abrangência contempla 3149 usuários, totalizando 6886 sujeitos cadastrados.

Foram convidados a participar do estudo os colaboradores do serviço de saúde que atendessem os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos de idade; profissionais da saúde e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes na referida unidade há pelo menos seis meses; ACS atuantes e que possuíssem pacientes oncológicos em sua área de abrangência; disponibilidade para participar das atividades propostas; aceitar participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Excluíram-se do estudo os profissionais e ACS que não estavam presentes no dia da coleta de dados e os profissionais e ACS que estavam em licença saúde ou atestado médico.

Aos profissionais da saúde e ACS que concordaram em participar do estudo, primeiramente foi apresentado TCLE, o qual após assentimento e assinatura uma via

foi entregue ao participante e outra ficou com a pesquisadora. Para garantir a privacidade do participante após entrega dos instrumentos os participantes foram encaminhados para uma sala reservada na estrutura física da unidade para respondê-los sob acompanhamento da pesquisadora.

Participaram do estudo 31 trabalhadores, entre eles: Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Enfermagem, Dentistas, Nutricionista, Farmacêuticos, Psicólogos e Agentes Comunitários de Saúde. Com vistas a contemplar os preceitos éticos, o anonimato dos participantes foi garantido sendo os mesmos identificados pela letra “P” seguida do número sequencial, assim 01 a 31.

Como instrumento de coleta utilizou-se, um questionário semiestruturado composto por nove questões abertas a serem respondidas/escritas, utilizado para avaliar a existência de referência e contrarreferência. O mesmo foi elaborado/desenvolvido pela pesquisadora, utilizando-se abordagem pertinente ao objetivo do estudo, além de um campo para identificação a citar nome, idade, tempo de atuação na unidade e categoria profissional.

Da análise das falas dos participantes, emergiram as categorias: Linhas de cuidado, vínculo e assistência ao paciente oncológico na APS, Processo de referência e contrarreferência do paciente oncológico, Desafios do processo de referência e contrarreferência.

Os dados extraídos nas entrevistas foram transcritos na íntegra e após organizados no programa do Microsoft Word para utilização posterior da escrita do estudo. Os preceitos éticos de pesquisa que envolve seres humanos, foram observados como preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012<sup>4</sup>.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Participaram do estudo 31 indivíduos, entre profissionais da saúde e ACS. Quanto à faixa etária, 24 participantes possuíam idade entre 20 a 40 anos e 07 encontravam-se na faixa etária entre 41 a 61 anos. Em relação ao gênero, 26 eram do sexo feminino e 05 do sexo masculino. Dentre os entrevistados, 15 possuíam nível de escolaridade superior completo e 11 participantes Ensino Médio completo e 05 ensinos técnico completo.

No que tange aspectos relacionados ao tempo de atuação na UBS/ESF, o mesmo



variou entre 06 meses a 20 anos, sendo que 24 participantes atuavam na UBS há um tempo de 06 meses a 10 anos e 07 de 11 a 20 anos. Ainda, referente a categoria profissional, 04 eram Enfermeiros, 03 Médicos, 05 Técnicos de Enfermagem, 02 Dentistas, 01 Nutricionista, 02 Farmacêuticos, 02 Psicólogos e 11 ACS.

Dos discursos obtidos a partir das questões norteadoras, surgiram três categorias: Linhas de cuidado, vínculo e assistência ao paciente oncológico na APS, Processo de referência e contrarreferência do paciente oncológico, Desafios do processo de referência e contrarreferência.

### **3.1 Linhas de cuidado, vínculo e assistência ao paciente oncológico na APS**

Com vistas a planejar e efetivar uma linha de cuidado aos indivíduos com DCNT cabe a APS, identificar a incidência de indivíduos com diagnóstico de neoplasias em seu território, a fim de reconhecer sua relevância e impacto na vida dos mesmos. Neste ínterim, ressalta-se que a APS em especial as ESFs devem ser o primeiro nível de atenção dispensado aos indivíduos, tendo a mesma como responsabilidade atender as demandas em saúde dos usuários e comunidade adscritos em seu território<sup>3</sup>.

Infere-se, que dentre as DCNT o câncer representa a maior carga de morbimortalidade no Brasil, acarretando em preocupações para a saúde pública e impulsionando ações rápidas e efetivas referente ao aspecto sociodemográfico e clínico de usuários que buscam atendimento nos serviços de saúde<sup>8</sup>. Diante do exposto, o paciente oncológico necessita receber um cuidado qualificado e um olhar holístico dos profissionais de saúde no decorrer do processo de saúde-doença, visando sempre conhecer a realidade da população bem como, garantir integralidade e a continuidade do cuidado.

Neste contexto, autores salientam que as linhas de cuidado configuram-se como estratégias que visam à reorganização dos serviços de saúde, buscando superar a fragmentação das práticas ofertando uma assistência integral. Além disso, tem como premissa organizar o percurso do usuário na rede de serviços, qualificando e reorganizando os processos de trabalho na APS<sup>18</sup>.

Observou-se que os dados extraídos referentes as condutas realizadas para qualificar a assistência prestada e o vínculo com os pacientes oncológicos, bem como, as

estratégias utilizadas para estabelecer linhas de cuidados ao longo do processo saúde-doença, vêm de encontro com as premissas apontadas na literatura.

*É essencial estabelecer vínculo com paciente oncológico para que a pessoa acometida pela doença adquira confiança na equipe pela qual é assistido, para que ela se sinta amparada e mantenha a esperança de vencer a doença. (P2)*

*O vínculo com os que desejam se dá inicialmente pela escuta, ouvindo seus relatos, dificuldades, necessidades. Então a equipe tenta ajudar o possível. (P6)*

*O cuidado contribui muito na integralidade do paciente oncológico pois possibilita que a equipe troque informações e planeja ações de forma multiprofissional, visando a melhora e qualidade de vida do paciente e sua família. (P10)*

*Ver o paciente como todo, olhando o paciente não só durante o tratamento, ou melhora e sim observar o vínculo entre o paciente, profissionais de saúde e família. (P7)*

Ademais, autores<sup>19</sup> pontuam que a atuação dos profissionais de saúde em especial da equipe multiprofissional é imprescindível no cuidado de pacientes oncológicos, uma vez que oportuniza além de identificação de problemas ou situações, o compartilhar de experiências e estratégias de enfrentamento. Dessa forma, no intuito de contribuir no processo saúde-doença, faz-se necessário que os profissionais atuantes nas ESFs desenvolvam um olhar holístico, humanizado e planejado utilizando métodos que facilitem o contato e acompanhamento dos mesmos durante todo o processo.

Evidenciou-se ainda que os participantes quando questionados referente as linhas de cuidado, vínculo e assistência relatam que:

*É importante para o paciente nesta fase se sentir acolhido e fortalecido emocionalmente. (P11)*

*A equipe de saúde precisa entender e conhecer o tratamento indicador, para poder planejar e intervir quando houverem intercorrências com esse paciente. (P12)*

*Certamente quanto mais organizados as informações, melhor a tomada de decisões assertivas. (P14)*

Deste modo, as equipes necessitam ter um padrão assistencial pré-

estabelecido de assistência ao paciente oncológico, buscando sempre aprimorar-se de métodos e alternativas efetivas com vistas a garantir promoção e prevenção de saúde, de forma a manter vínculo com os indivíduos ao longo do tempo<sup>17</sup>.

Autores destacam, que as redes de cuidados precisam estar organizadas para lidar com as especificidades, demandas e agravos gerados pelos usuários nas diversas áreas de atuação multiprofissional<sup>11</sup>.

Os mesmos autores<sup>11</sup> salientam a importância da referência e contrarreferência, como instrumento indispensável no acompanhamento e manutenção deste usuário na rede de cuidado, pensando em um conceito de saúde ampliado que garante a integralidade do cuidado ao paciente oncológico.

Inferese, que para prestar uma assistência cada vez mais qualificada, as equipes de ESFs devem estar em constante busca de conhecimento e atualização, principalmente no que tange aos aspectos voltados ao paciente oncológico e os instrumentos que proporcionam acompanhamento dos indivíduos nas diferentes fases do tratamento.

### **3.2 Processo de referência e contrarreferência do paciente oncológico**

Visando a qualidade da assistência e o acompanhamento dos usuários com neoplasias na rede de atenção em saúde é necessário conhecer a trajetória destes dentro do serviço. Para tanto, autores<sup>16</sup> salientam que mudanças e organização na atenção devem estar voltadas para minimização de falhas ao acesso dos pacientes quando encaminhados a outros níveis de atenção.

Além disso, são imprescindíveis a execução e a garantia da assistência aos indivíduos assistidos na APS, uma vez que esta pressupõe a articulação entre os diversos serviços da saúde e encaminhamentos para outros níveis de atenção garantindo a integralidade e continuidade da atenção<sup>12</sup>. Neste viés, é fundamental planejar o roteiro dos usuários dentro do serviço de saúde e, cada vez mais utilizar recursos que possibilitem o compartilhamento de informações dos indivíduos e o retorno destes para o primeiro nível de atenção.

Os relatos dos participantes do estudo discorreram, que para efetivar o processo de referência e contrarreferência e qualificar a assistência é necessário:

*Garantir uma quantidade de informações a respeito do histórico do paciente e evolução da doença, além da perspectiva de classificação da doença, capazes de facilitar o diagnóstico por parte do especialista. Também em facilitar e agilizar o processo que torna mais acessível a entrada do paciente aos serviços da rede especializada. (P2)*

*Troca de informações sobre o paciente, ampliando o olhar para o mesmo. Possibilidade de ampliar as intervenções em relação ao paciente e seu meio. Cuidado integral. Comunicação entre equipes. (P10)*

Sendo assim, a Portaria GM/MS nº. 2.439, de 2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), a que possibilita a melhor percepção da integralidade da assistência e qualificação da rede de atenção à pessoa com câncer. A mesma, permite um conjunto de ações voltadas ao diagnóstico, tratamento, reabilitação promoção da saúde e prevenção de doenças procurando superar as fragmentações das ações e garantir maior integralidade na assistência ao paciente oncológico<sup>13</sup>.

Além disso, a PNAO descreve a necessidade de garantir o cuidado integral ao usuário por intermédio de mecanismos de referência e contrarreferência os quais permitem acessar todos os níveis de complexidade, de modo a obter assistência às demandas acrescidas tanto no processo de diagnóstico como do tratamento<sup>13</sup>.

Neste interim, o sistema de referência e contrarreferência visa organizar os serviços de saúde de forma a possibilitar o acesso da população entre os diferentes níveis de atenção dentro dos serviços de saúde. Autores inferem que o sistema de referência e contrarreferência permite que usuário seja atendido na unidade básica, e quando necessário seja “referenciado” para outro nível de atenção a fim de receber o atendimento necessário e especializado<sup>1</sup>.

Neste viés, quando os participantes foram questionados referente as suas percepções no que tange o sistema de referência, obteve-se como respostas:

*É importante que essa prática seja uma rotina dos serviços e que ocorra sempre, visando manter o cuidado integral do sujeito, não deixando que ele se perca na rede de cuidado. Também é uma forma de registro documental que norteia os caminhos a serem seguidos. Em relação ao paciente oncológico, permite que ele se sinta cuidado por diferentes equipes que estão em consonância. (P31)*

*É um documento importante de diálogo entre profissionais de níveis de atendimento diferentes, mas que buscam o mesmo fim, a melhor terapêutica para o paciente. Além de sair do campo informal, um telefonema, por exemplo, para uma prática formal, registrada e documentada. Isso é importante para qualquer paciente, com oncológicos não seria diferente. (P15)*

*Começar a adotar a prática sempre para todos os pacientes. Resulta em atendimento mais eficaz. (P14)*

*Este documento resulta em melhores cuidados e em melhor qualidade de vida para esse paciente que está em sofrimento. (P12)*

*Acredito que é importante que os profissionais se disponibilizem para os momentos de troca e que também priorizem tempo para esses momentos. Esses momentos contribuem em cuidado integral do paciente oncológico e em uma prática integral. (P10)*

Para tanto, autores<sup>1</sup> inferem que após efetivação do atendimento especializado, os indivíduos necessitam ser “contrarreferenciados”, ou seja, o profissional que o atendeu deve encaminhá-lo novamente para a unidade de origem para assim dar-se continuidade do cuidado. Deste modo, um serviço de saúde informará ao outro os procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas para com os pacientes.

Ainda podemos observar nas falas a seguir em relação a contrarreferrência do paciente a UBS, que é de suma importância que:

*Após qualquer atendimento que não seja feito na UBS o paciente deveria voltar com uma cartinha dando retorno sobre o atendimento que teve e como seguir em frente. (P7)*

*Informações enviadas pelo Serviço Especializado/Especialista contribuem para um melhor atendimento/acompanhamento do paciente no Serviço Municipal. (P11)*

*Considero muito importante para não perder o vínculo com o paciente. (P8)*

Sendo assim, faz-se importante que os profissionais atuantes nos serviços de saúde conheçam o seu o território de abrangência para além de sua delimitação, compreendendo toda a sua complexidade, para com isso fazer a descrição e análise

da população, identificar seus problemas de saúde e dar continuidade na assistência<sup>6</sup>. Nesta perspectiva, os mesmos autores salientam que a territorialização da saúde é um mecanismo que permite garantir a integralidade do cuidado, a humanização e a qualidade da atenção ao longo do tempo.

### **3.3 Desafios do processo de referência e contrarreferência**

Considerando o número crescente de pacientes oncológicos e o impacto da doença na vida das pessoas, torna-se cada vez mais indispensável a troca de experiências entre profissionais dos diferentes níveis de atenção, uma vez que este processo tem potencial de superar as lacunas em relação a prestação de um cuidado integral<sup>18</sup>.

Devido aos agravos que as DCNT em especial o que o câncer tem ocasionado, percebe-se a importância da efetivação de ações conjuntas entre a Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde visando acompanhar o usuário neste andar na Rede de Atenção à Saúde (RAS)<sup>5</sup>. Entretanto, autores supracitados pontuam que para a efetivação do trabalho na RAS é necessário que os profissionais de saúde se responsabilizem pelos encaminhamentos e continuidade do cuidado de modo a qualificar o processo de trabalho assim fazendo com que se efetive o processo de referência e contrarreferência.

Para tanto, estudo de<sup>5</sup> demonstra que existe fragmentação entre os serviços de saúde, o que remete a desarticulação do compartilhamento de informações desses pacientes quando encaminhado para outro nível de atenção. Dessa forma, entende-se que para qualificar os processos de referência e contrarreferência, é necessário a atuação da equipe multiprofissional, com o intuito de desencadear ações integradas e resolutivas para potencializar a assistência em saúde.

Tais afirmações vêm de encontro com as respostas obtidas na pesquisa frente as fragilidades encontradas no processo de referência e contrarreferência, a citar:

*Os profissionais preenchem os documentos de referência mas muitas vezes não recebem a contrarreferência, nem ficam mais sabendo pois os pacientes não aparecem mais, muitas vezes os profissionais vão atrás, mas muitas vezes não tem tempo também. (P25)*

*Muitas vezes retorna sem a contrarreferência, tendo a equipe nesse caso apenas os*

*relatos dos pacientes, que por vezes não entendem o que realmente está acontecendo com eles. (P20)*

Por conseguinte, observa-se em estudo de<sup>14</sup>, que a o processo de referência acontece e é identificado como sendo de qualidade favorecendo o profissional que recebe este paciente. No entanto, a contrarreferência ainda é falha e isto pode estar relacionado ao grau de entendimento dos profissionais referente ao instrumento e sua importância para os demais profissionais e níveis de atenção.

Os participantes do estudo, afirmam que faz-se necessário:

*Estimular que todos façam a referência e contrarreferência com o maior número de informações possíveis. (P26)*

*Reforçar a importância desse documento. Criar uma rotina para que exista o retorno dele para a unidade de saúde, poderia resultar no sentimento de acolhida do paciente que já enfrenta uma luta diária. (P18)*

*Sensibilizar, reforçar e ressaltar a importância da constante troca de opiniões e informações sobre os pacientes, na marca da ética e responsabilidade para com os demais pacientes. Reforçar que todos somos importantes no processo de reabilitação ou manejo destes pacientes, desta forma, a comunicação entre os serviços básicos/primários e especializados/terciários é sempre importante. (P13)*

Neste sentido, as articulações entre as esferas da rede exigem um processo de trabalho no qual seja possível verificar como os profissionais de saúde, de diferentes especialidades, percebem o sistema de referência e contrarreferência na APS. E desta forma estabelecer estratégias pensando na organização dos serviços de saúde, fluxos e atuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos<sup>7</sup>.

Todavia, faz-se necessário que os profissionais estejam em constante aprimoramento referente ao sistema de referência e contrarreferência, uma vez que este processo qualifica assistência prestada aos indivíduos e potencializa as ações de promoção de saúde, resolutividade dos problemas e satisfação tanto dos indivíduos como dos serviços de saúde.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se, que as informações coletas trouxeram dados importantes os quais corroboram para a prática assistencial realizada tanto na APS como nos demais níveis de complexidade. Salienta-se ainda, que a realização da referência e contrareferência, tem o potencial de qualificar, o cuidado em saúde dispensado aos usuários em geral, o que revertendo-se em benefícios tanto aos indivíduos quanto aos profissionais.

Logo esta prática torna-se essencial no cuidado com o paciente oncológico, devido ao trajeto que este percorre dentro do sistema de saúde. Desta forma, compreende-se ser necessário repensar as práticas e instrumentos utilizados no cuidado voltado aos pacientes oncológicos. Para tanto, a contribuição dos profissionais de saúde de diferentes áreas de formação torna-se essencial, pois estes têm contato direto com o paciente oncológico desde o diagnóstico até o tratamento.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, M.L.F. *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Rev Med Minas Gerais*, v.25, n.4, p. 469-475. 2015.
2. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed de 2016. São Paulo. Edições 70. 2016.
3. BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 2013.
4. BRASIL. Ministério da saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
5. BRONDINI, J.E. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm*, v.21, n. 1, p. 01-08. 2016.
6. COLUSSI, C.F; PEREIRA, K.G. Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. UFSC, 2016.
7. COSTA, S.M. *et al.* Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. *Ver*, v. 16, n. 3, p. 287-293. 2013.
8. CRUZ, F.S; ROSSATO, L.G. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 61, n. 4, p. 335-341. 2015.
9. FRACOLLI, L. A. *et al.* **Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo - Brasil**. *Mundo da Saúde*, São Paulo, v.39, n. 1, p. 54-61, 2015.
10. INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: Estatística de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, INCA 2020.
11. JÚNIOR, W.M.P; RIZZON, A.M; MACHADO, C.J. Comunicação entre profissionais como ferramenta para cuidado integral aos pacientes oncológicos por mecanismos de referência e contrarreferência. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v.2, n. 2, p. 2-5. 2018.
12. JUSTINO, E.T. *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à

- saúde: scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 28, p. 3324.2020.
13. MIGOWSKI, A. et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, v, 64, n.2, p. 247-250. 2018.
  14. NETO, J.F. BRACCIALLI, L.A.D. CORREA, M.E.S.H. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2 .2018.
  15. OPAS, Organização pan-americana da saúde. Brasil, 2018. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:fo\\_lha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:fo_lha-informativa-cancer&Itemid=1094) . Acesso em 22 de setembro de 2020.
  16. RADAELLI, R.G; MEDEIROS, C.R.G. Rede de cuidado em oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso. **Caderno pedagógico**, v. 12, n. 1, p. 277-288. 2015.
  17. RADIGONDA, B. *et al.* Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n.1, p.115-126. 2016.
  18. SILVA, K.F. et al. Construindo a linha de cuidado do paciente oncológico paliativo em um município do sul do brasil: relato de experiência. Rev. AP, v. 21, n.3, p.470- 477.2018.
  19. WAKIUCHI, J; MARCON, S.S; SALES, C.A. **Atenção a pacientes oncológicos na Estratégia Saúde da Família: olhar do usuário.** Rev Gaúcha Enferm, v.37, n. 1, mar, 2016.