



Artigo Original

Referência e Contrarreferência: Compreensões e Práticas

Reference and Counter-Reference: Understandings and Practices

Laurielle de Souza Andrade ¹
Ieda Francischetti ¹

¹ Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Resumo: A Referência e a Contrarreferência em Saúde são mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem a troca de informações na rede de atenção, o trânsito do usuário no sistema e a continuidade do cuidado, portanto é considerada uma potente ferramenta que promove a prática integral na saúde. Infelizmente, devido à fragmentação do sistema de atenção, ainda esbarra em algumas dificuldades para sua efetivação. Em tal contexto, as Instituições de Ensino Superior (IES) também possuem papel no processo de reversão da realidade fragmentada da prática em saúde, para a operacionalização de uma prática integral e mais humanizada. Na busca do entendimento deste contexto, para melhores resultados, este estudo analisou as compreensões e práticas expressas por sexanistas do curso de medicina sobre Referência e Contrarreferência em Saúde. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, por meio da aplicação de entrevistas semiestruturadas aos estudantes. A amostra foi determinada pelo critério de saturação de dados. A análise de conteúdo em sua modalidade temática possibilitou a interpretação dos dados. Após a análise dos dados, depreenderam-se quatro categorias e sete núcleos de sentido. Este estudo permitiu, além da identificação dos conteúdos teóricos aprendidos pelos estudantes, o reconhecimento da importância da prática da Referência e Contrarreferência em Saúde no processo de formação dos estudantes no curso de medicina em interface com o trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde; Acesso aos serviços de saúde; Referência e Consulta; Prática Profissional.

Abstract: The Reference and the Counter-Reference in Health are mechanisms of the Unified Health System (SUS), which favor the exchange of information in the care network, the user's transit in the system, and the continuity of care, and is therefore considered a powerful tool that promotes the integral practice in health. Unfortunately, due to the fragmentation of the attention system, there are still some difficulties for its effectiveness. In such context, Higher Education Institutions (HEIs) also play a role in the process of reversing the fragmented reality of health practice, for the operationalization of an integral and more humanized practice. In seeking to understand this context, for better results, this study analyzed the understandings and practices expressed by the sixth year medicine students, about Reference and Counter-Reference in Health. A qualitative research was developed, through the application of semi-structured interviews to the students. The sample was determined by the data saturation criterion. The analysis of content in its thematic modality made possible the interpretation of the data. After analyzing the data, four categories and seven sense nuclei were detected. This study allowed, besides the identification of the theoretical contents learned by the students, the recognition of the importance of the practice of Reference and Counter-Reference in Health in the process of training students in the medical course in interface with the daily work of health services.

Keywords: National Health System; Access to health services; Reference and Consultation; Professional Practice.

1. Introdução

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS), desde as décadas de oitenta e noventa, caminhe por contínuas readequações e ajustes, ainda prevalecem desafios para a efetivação satisfatória de seus princípios. Mesmo amparado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990, as práticas tradicionais, voltadas à assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos, seguem hegemônicas. O modelo universal, que valoriza a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda requer estratégias de desenvolvimento e reforço. ¹

As práticas profissionais centradas na doença se reproduzem não somente nos espaços de cuidado, mas também são multiplicadas nas instituições formadoras na área da saúde, dificultando ainda mais a quebra deste paradigma. ¹

Contudo, houve um aumento na percepção por parte dos educadores, pesquisadores, gestores, estudantes, profissionais e entidades relacionadas à saúde, como o Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (ME), de que, sem a mudança de perfil dos novos profissionais, tornar-se-á muito difícil a tarefa de reorganizar a atenção à saúde, enfatizando os princípios de integralidade, humanização e a qualidade da atenção.²

Em vista dessa constatação, o MS e o ME lançaram mão de diversas estratégias para reestruturar e impulsionar mudanças na educação profissional em saúde, alicerçadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Lei nº 9.394, promulgada em 1996, que extinguiu os currículos mínimos com vistas à adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. Houve a substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).³⁻⁵

Nesse contexto, em 2001, o ME apresentou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para os Cursos de Medicina (PROMED); no ano de 2006, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde), com a perspectiva de promover mudanças na formação dos trabalhadores da saúde, fortalecer a integração entre ensino e serviço e superar o modelo flexneriano fortemente presente na formação.^{2, 6-7}

Sintonizadas com as demandas do SUS, as Instituições de Ensino Superior (IES) da área da saúde tem buscado alternativas para uma formação profissional coerente com as demandas sociais e DCNs.

Em 1997, a Faculdade de Medicina de Marília (Famema) implementou processos de mudanças curriculares, com a finalidade de formar médicos, com visão crítica, reflexiva e humanista, e formação profissional em articulação com o mundo do trabalho.

O currículo do curso de medicina é fundamentado em competência profissional, integrado, centrado no estudante e de acordo com os princípios de metodologias ativas de aprendizagem. A formação para a competência profissional favorece a integração entre a prática e a teoria e entre os mundos do trabalho e da academia.⁸

Para que ocorra a efetivação dos princípios organizacionais do SUS, faz-se necessário lançar mão de estratégias de comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade que compõem o sistema, favorecendo que o usuário seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados. Para que isto aconteça é preciso que haja uma efetiva Referência e Contrarreferência em Saúde, onde um serviço informa ao outro sobre o estado de saúde, doença e tratamento do indivíduo.

A partir da existência de uma rede horizontal de serviços, ancorada por profissionais sensíveis e compromissados, com uma política de saúde qualificada, e que ao mesmo tempo, apoie e seja apoiada por instituições formadoras embasadas nos mesmos referenciais, parece-nos de grande importância seguir e perceber como a continuidade do cuidado, sua integralidade e complexidade são efetivamente asseguradas. Desta forma, encontramos no manejo da Referência e Contrarreferência em Saúde, um grande protagonismo que pode amparar e qualificar a RAS.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as compreensões e práticas que os estudantes do último ano do curso de medicina expressaram em relação à Referência e Contrarreferência em Saúde.

2. OBJETIVOS

Analisou-se as compreensões e práticas que os estudantes do último ano do curso de medicina expressaram em relação à Referência e Contrarreferência em Saúde.

3. Percurso metodológico

Identificou-se o conhecimento teórico dos estudantes sobre Referência e Contrarreferência em Saúde. Estudou-se como se dá a prática dos estudantes nos serviços de saúde em relação à Referência e Contrarreferência em Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília com o parecer nº 1.114.742 de 19/06/2015 e o Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) de 24/02/2015, em cumprimento da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde.

Tratou-se de uma pesquisa de campo, um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em município de 200.000 habitantes localizado no interior do estado de São Paulo.

Os cenários de pesquisa foram as Unidades Assistenciais de Atenção Secundária e Terciária à Saúde nas áreas destinadas à internação clínica e cirúrgica de adultos, pediatria e obstetria.

Inicialmente, realizou-se o estudo-piloto com a aplicação de entrevista semiestruturada a estudantes do quarto ano de enfermagem para aprimoramento da ferramenta.

A entrevista já readequada foi aplicada a estudantes do sexto ano de medicina e a amostra dos participantes foi determinada pelo critério de saturação de dados. Em relação às questões, os participantes ofereceram conteúdo discursivo, cujos resultados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo em sua Modalidade Temática.⁹

O material foi organizado, sendo realizada leitura intensa e exaustiva do seu conteúdo. Na sequência, com a fase exploratória, buscou-se encontrar as categorias e os núcleos de sentido, para então, partir para as interpretações de acordo com o conteúdo teórico inicialmente delineado na pesquisa.⁹

Encaminhou-se o resultado para 04 (quatro) juízes experts no assunto para apreciação das categorias e núcleos de sentido relacionados aos fragmentos das narrativas. Calculou-se a concordância entre cada juiz e a pesquisadora. A concordância dos juízes tanto para categorias quanto para núcleos de sentido variou de 98,16% a 100%. Selecionou-se a categorização cuja concordância foi mais elevada, definindo-se assim os resultados discursivos às entrevistas semiestruturadas realizadas.

Após isto, realizou-se a discussão das narrativas categorizadas considerando-se os sentidos abstraídos pelas pesquisadoras à luz dos referenciais teóricos que amparam a legislação do SUS, as DCNs para o curso médico e Projeto Pedagógico do Curso (PPC).

4. Resultados da categorização do conteúdo narrativo segundo a modalidade temática

Tabela 1: Categorias e Núcleos de Sentidos

Categorias	Núcleos de Sentido
Organização do acesso na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	A Referência em Saúde como forma de acesso à Rede regionalizada e hierarquizada de Atenção à Saúde. A Contrarreferência em Saúde como orientação para o retorno do usuário à Atenção Básica em Saúde (ABS) para a continuidade do cuidado.
Comunicação em saúde	Referência em Saúde enquanto troca de informações sobre o usuário entre as unidades da RAS.
Referência e Contrarreferência em Saúde e vivência prática	Referência em Saúde com vivência observacional. Referência e ou Contrarreferência em Saúde com vivência experiencial. Referência e ou Contrarreferência em Saúde com pouca vivência da prática.
A ABS e fragilidades no cuidado	Referência em Saúde, enquanto retaguarda às fragilidades no cuidado da ABS.

5. Discussão

5.1 Organização do acesso na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Durante a análise das narrativas, percebeu-se, uma compreensão da Referência e Contrarreferência em Saúde. Enquanto mecanismo de organização do fluxo de acesso entre as unidades da RAS. A partir desse entendimento, foram obtidos dois núcleos de sentido: "A Referência em Saúde como forma de acesso à Rede regionalizada e hierarquizada de Atenção à Saúde" e "A Contrarreferência em Saúde como orientação para o retorno do usuário à ABS para a continuidade do cuidado".

As falas dos estudantes consideraram a ferramenta de Referência em Saúde como dispositivo de acesso na RAS diretamente relacionado aos princípios organizacionais do SUS de regionalização e hierarquização.

"Em relação à Referência em Saúde, eu entendo que esteja relacionada a um dos principais princípios do SUS que é o da regionalização, que é tentar tornar o acesso à saúde mais próximo das pessoas, numa esfera municipal. E dessa forma nem sempre os municípios vão ter a capacidade de lidar com todos os casos, então, você pode fazer a Referência para as unidades com maior complexidade de atendimento, então a Referência seria você levar um caso para uma unidade que teria uma tecnologia seja humana ou tecnologia propriamente dita para lidar com determinado caso." (M 3.1)

Com a implantação do SUS, ocorreu o processo de descentralização e os gestores começaram a gerir a saúde em seus municípios. Sendo assim, progressivamente se evidenciou a necessidade de investir na política de regionalização dos serviços de saúde com o objetivo de proporcionar maior acesso à saúde com equidade. A Lei 8080/90 alicerçou a legalidade do processo de municipalização dos serviços de saúde, propondo sua organização sustentada pela regionalização e hierarquização.¹⁰

Ficou clara a percepção dos estudantes sobre a lógica da RAS; onde a ABS é o *locus* responsável pela continuidade e pela horizontalidade do cuidado e como ordenadora deve organizar os fluxos de acesso dos usuários à atenção em saúde, em todos os níveis, conforme a necessidade identificada e acompanhá-lo continuamente com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação pertinentes ao caso.

"Contrarreferência pra mim é quando o atendimento ao paciente foi realizado, após a referência a um nível de complexidade adequado para o problema dele, este paciente recebe uma Contrarreferência, nós fazemos um documento, que ele deverá continuar ser seguido pelo sistema de saúde, atendimento integral, geralmente a níveis de atenção menores do que ele foi atendido pra dar continuidade no tratamento, no seguimento, promover promoção e prevenção de saúde." (M 1.2)

A atual Política de Atenção Básica (AB) acrescenta informações relacionadas à função da AB no processo de ordenação das Redes de Atenção. Entre elas, destacam-se: ser desenvolvida com elevado grau de descentralização e capilaridade; identificar as necessidades de saúde da população e articular as diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio da clínica ampliada; elaborar e acompanhar projetos terapêuticos singulares; organizar e acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.¹¹

5.2 Comunicação em saúde

Esta categoria resultou da análise das narrativas dos estudantes com o seguinte núcleo de sentido: "Referência em Saúde enquanto troca de informações sobre o usuário entre as unidades da RAS".

Os estudantes consideraram a Referência em Saúde como forma de comunicação entre os níveis de atenção.

"Pra mim a Referência em Saúde é um instrumento de comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde para facilitar o encaminhamento de pacientes de acordo com o nível de complexidade ou de acordo com a especialidade que é necessária para o atendimento e contém as informações relevantes ao paciente para facilitar mesmo essa comunicação." (M 16.1)

As falas valorizaram a Referência em Saúde como elemento a serviço do cuidado do paciente e da qualificação da própria equipe enquanto um instrumento de comunicação cuja importância pôde ser amparada na literatura conforme se segue:

A comunicação em saúde deve ser compreendida de forma integral, atendendo o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não simplesmente como o repasse de informações rebuscadas com o uso de termos técnicos.¹²

A comunicação se afirma como elemento essencial para a promoção da saúde, ao funcionar como uma área estratégica para interação e troca de informações entre as instituições, comunidades e indivíduos.¹³

A comunicação ocupa um papel primordial em qualquer equipe interdisciplinar. É por ela que o grupo deixará de ser um pequeno aglomerado de profissionais trabalhando com pouco ou quase nenhum vínculo, numa postura fragmentária diante do paciente, e se tornará um grupo de trabalho, integrado, formando um sistema de parceria e complementaridade, em que a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade característica do ser humano.¹⁴

5.3 Referência e Contrarreferência em Saúde e vivência prática

Esta categoria originou três núcleos de sentido: "Referência em Saúde com vivência observacional", "Referência e ou Contrarreferência em Saúde com vivência experiencial" e "Referência e ou Contrarreferência em Saúde com pouca vivência da prática".

Referência em Saúde com vivência observacional, os estudantes relataram experiências relacionadas à Referência em Saúde, durante a formação, quando nos cenários de prática da ABS, como observadores do processo, ou seja, pelas vivências obtidas durante o processo de formação eles, foram acompanhando a realização da Referência em Saúde realizada pelos profissionais de saúde atuantes naquele cenário.

"Sim, a gente durante a formação profissional, nos anos iniciais que ficamos na Unidade Básica de Saúde e acompanhávamos os pacientes e quando tínhamos que referenciar o paciente, nós acompanhávamos este processo de fazer a referência e de encaminhar o paciente..." (M 19.3)

Observou-se, nas falas dos estudantes, certo distanciamento quanto à relação teoria e prática. O estudante não alcançou a total apreensão da prática. Revelou que apenas observou o profissional realizar a tarefa. Evidenciou-se uma lacuna entre a proposta curricular da instituição e o exercício da prática do estudante nos momentos em que esteve inserido nos cenários de prática. Os estudantes, quando nestes cenários, estavam acompanhados por profissionais de saúde atuantes nos serviços. Desta sorte, pôde-se questionar o quanto realmente estes profissionais se sentiam responsáveis e participativos do processo de formação dos estudantes.

Pela situação apresentada, notou-se necessário investir nos profissionais de saúde inseridos nos cenários de prática, já que são nomeados preceptores dos alunos. Na realidade atual, os preceptores de graduação ou pós-graduação em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área de saúde, formados no modelo biomédico e num currículo tradicional, com pouca ou quase nenhuma capacitação na área de educação.¹⁵⁻¹⁶

Espera-se do preceptor o perfil, que o leve a:

Orientar a organização das práticas voltadas à construção de um cuidado integral, pautado pela garantia de acesso, continuidade, equidade e qualidade da atenção à saúde, por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica;

Promover a articulação do trabalho e da educação, participar de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas para as necessidades de saúde da população;

Facilitar processos de aprendizagem, estimulando o pensamento crítico e reflexivo do educando, mostrando responsabilidade, tolerância e comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade.¹⁷

Observou-se por meio da análise das falas dos estudantes, que o perfil de parte dos preceptores locais não estava em consonância com as recomendações da literatura. O pouco preparo desses profissionais pode ter interferido diretamente na formação dos novos profissionais de saúde.

Referência e ou Contrarreferência em Saúde com vivência experiencial, identificaram-se falas que, além da observação da prática da Referência e Contrarreferência em Saúde, relataram a oportunidade de realizar a prática durante a formação profissional.

"Durante a graduação, principalmente nos primeiros dois anos da Faculdade, a gente fazia estágio nos PSFs, nós fazíamos visitas domiciliares em algumas famílias e a gente aplicava Referência em saúde, identificando as necessidades de saúde nas famílias que a gente acompanhava, por exemplo, se ela precisava de um atendimento específico de um oftalmologista, um ginecologista, algum pediatra específico, a gente identificava está necessidade de saúde e através do posto de saúde de documentos, solicitações, nós fazíamos um pedido de Referência para outro nível de atenção que fosse capaz de resolver este problema que foi identificado. Contrarreferência, agora nos últimos anos de Faculdade que a gente trabalha mais no nível secundário e terciário de atenção, nós praticamos a Contrarreferência principalmente para o posto de saúde, no caso de nível secundário, por exemplo, no ambulatório de especialidade a gente identifica que a patologia está controlada, e não é mais necessário uma especialidade acompanhar, nós fazemos a Contrarreferência para o posto de saúde, para o médico do posto de saúde acompanhar aquela patologia e no caso, por exemplo, de uma internação, nível terciário, normalmente o paciente recebe também a Contrarreferência pra ele seguir ambulatorialmente a patologia que ele apresentou, no ambulatório da especialidade da patologia, é assim que a gente pratica na Faculdade." (M 1.3)

Considerando-se que a base para a formação é a prática, o aluno conheceu a realidade, contextualizou, propôs planos de intervenção. Assim desenvolveu o processo de aprendizagem, caminhou ao encontro das demandas sociais do cotidiano.¹⁸⁻¹⁹

A vivência de situações reais, no âmbito da saúde, oportunizou aos estudantes e profissionais uma atuação a partir da identificação de necessidades de saúde das pessoas e populações. Quando esse processo ocorreu de modo ampliado, aumentaram-se as possibilidades de intervenção no processo saúde-doença e promoveu-se a produção de saberes interdisciplinares e multiprofissionais, característicos de uma organização do trabalho em equipes de saúde.²⁰

As respostas obtidas sugeriram a execução de ações de Referência e Contrarreferência em Saúde no dia-a-dia dos serviços estagiados pelos estudantes. Neste sentido, pôde-se perceber que, dentro do recorte curricular delegado aos serviços, cenários onde os estudantes atuaram, houve profissionais de saúde sensibilizados sobre a importância da corresponsabilização junto ao paciente, ao serviço e à RAS, promovendo aos estudantes, além da compreensão teórica, a compreensão prática da Referência e Contrarreferência em Saúde.

Referência e ou Contrarreferência em Saúde com pouca vivência prática, observou-se, na análise das respostas, que alguns estudantes relataram pouca vivência da prática da Referência e Contrarreferência em Saúde. Alguns explicitaram que os profissionais de saúde dos cenários de práticas não valorizavam esta ferramenta.

"Então, da prática que eu tenho na parte de Ambulatório, porque na parte de enfermarias não tenho, na parte de Ambulatório eu não tenho tanto contato, seria acho que não a minha resposta, porque, a gente faz mais a parte do atendimento mesmo e dá conduta, assim eu não me recordo de ter feito, de eu ter sido a pessoa quem fez a carta de Contrarreferência e durante a minha época no Posto de Saúde eu também não fiz esse trabalho de referencia- mento, então não." (M 13.3)

"A Referência eu não aplico, pois durante minha formação profissional o período que eu permaneci na USF eu não tive esse contato..." (M 4.3)

Observou-se grande fragilidade na efetivação da Referência e Contrarreferência em Saúde.

Embora muitos avanços tenham sido alcançados, perceberam-se lacunas a serem preenchidas para efetivar plenamente as diretrizes do SUS. Nessa realidade, faz-se necessário fortalecer a relação academia – serviço com o objetivo de transformar as práticas profissionais e, conseqüentemente, o processo de trabalho em saúde.

Ainda que a prática da Referência e Contrarreferência em Saúde fosse tarefa prevista no currículo da Instituição, conforme descrito nos cadernos das séries do curso de Medicina e estivesse amparada pelos conselhos profissionais, constatou-se pouca ou nenhuma vivência prática da Referência e Contrarreferência em Saúde. Os estudantes foram inseridos em cenários de saúde em cuja prática profissional ainda predominava o modelo hegemônico, ou seja, vivenciou uma prática profissional muito distante da teoria, realidade desfavorável à aprendizagem significativa, que revelou o descompasso entre a prática profissional e a formação.

Para essa transformação, a organização dos serviços e, conseqüentemente, os processos formativos deveriam lançar mão da educação permanente, que propõe mudanças das práticas profissionais por meio de reflexões críticas sobre a realidade do serviço. Assim, os profissionais tomariam consciência das exigências do mundo do trabalho, suas inter-relações, captariam suas fortalezas e fragilidades e atuariam para transformá-lo.

5.4 A Atenção Primária à Saúde e fragilidades no Cuidado

As narrativas dos estudantes deram elementos para definir esta categoria, de onde se retirou o núcleo de sentido: "Referência em Saúde, enquanto retaguarda às fragilidades no cuidado da ABS".

A Atenção Primária à Saúde tem dificuldade em atuar como "porta de entrada" principal para o sistema de saúde, que ainda continua sendo os hospitais públicos ou privados, por meio de seus serviços de urgência/emergência e ambulatórios. Esse fato é confirmado estatisticamente: os atendimentos hospitalares são bem maiores que aqueles efetuados nas UBSs, na grande maioria dos municípios com acesso a hospital. Os prontos-socorros sempre lotados são o retrato mais expressivo dessa situação. ²¹

No dia a dia dos serviços de saúde, os usuários procuram atendimento em estado de sofrimento agudo e, quando a UBS não acolhe suas demandas, direcionam-se aos serviços de pronto atendimento e pronto-socorro, com quadros considerados de baixa complexidade tecnológica, desorganizando a hierarquização da atenção. ²²

A literatura sustenta as falas dos estudantes que apontaram lacuna na atenção primária como porta de entrada, uma vez que os usuários não encontraram ali o necessário suporte para oferta dos cuidados a que têm direito. Assim, ao sentirem-se perdidos, alteraram os arranjos organizacionais e procuraram escape para ter suas necessidades de saúde atendidas. Frente a isso, atropelou-se o fluxo, levando à manutenção da sobrecarga de atendimento nos níveis de atenção de maior densidade tecnológica.

"E principalmente a Contrarreferência é o que eu mais observo, são pessoas que faltam muita capacitação, principalmente em nível primário, muita gente da USF, não sei por falta de competência ou preguiça que acaba referenciando o paciente para outro nível, muitas vezes e nitidamente, não porque ele não tenha capacidade, mas porque é mais fácil referenciar do que tratar o paciente. Isso acontece com muita frequência, chega ao nível terciário e não tem lugar para tratar e não tem indicação e você acaba fazendo uma Contrarreferência para o médico que mandou. Isso é uma questão complicada e muitas vezes desagradável, porque quem sofre com isso é o paciente que as vezes tem que ficar indo de uma cidade para outra, aguardando horas e horas, por uma coisa que não precisaria ser feita." (M 15.3)

Por outro lado, deve-se considerar o perfil dos profissionais médicos que compõem as equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) para lidar com as mais diversas demandas de saúde/doença que batem às portas das unidades de saúde diariamente. Alguns estudos²³⁻²⁴ apontam que muitos profissionais recém-formados atuam na ABS, com a finalidade de capitalizar recursos financeiros antes de optar por alguma especialidade. Não é, portanto, vocacionado para desenvolver esse trabalho. Sendo esse visto apenas como um trabalho temporário, isso corrobora o elevado índice de rotatividade nas ESFs, fragilizando o estabelecimento do vínculo e a responsabilização.

Ainda, outro estudo, realizado com médicos que integram a ESF do Município de Duque de Caxias- RJ, demonstrou, por parte desses profissionais, dificuldades no início das atividades, relacionadas com a falta de conhecimento do trabalho a ser executado devido à necessidade de uma atuação generalista e, somado a isso, pouca capacitação e fragilidade na educação permanente.²⁵

Soma-se a isto aspecto relevante como o da saúde mental. Com a Reforma Psiquiátrica, que propunha manobras que evitassem o afastamento do indivíduo de seu espaço social, houve necessidade de maior atuação da ABS no campo da saúde mental. As equipes da ABS, então, sentiram-se desprotegidas, sem capacidade de enfrentar essas demandas, especialmente os casos mais graves e/ou crônicos, solicitando apoio e instrumentalização.²⁶⁻²⁷

6. Considerações finais

A análise da compreensão dos estudantes, em relação à Referência e Contrarreferência em Saúde, mostrou a apreensão desta ferramenta enquanto elemento de organização, comunicação e troca de informações na RAS ressaltando sua relação com os princípios de regionalização e hierarquização. Também apontou para o papel da ABS, o cuidado longitudinal e a importância de Referência e Contrarreferência em Saúde para a integralidade do cuidado do paciente. Foi possível notar que muitas vezes o contato com a Referência em Saúde, foi apenas observacional uma vez que o uso desse instrumento foi realizado pelo docente ou preceptor ou já se encontrava no prontuário, o que aparentemente não mobilizou movimento de aprendizagem. Isso sinalizou para que se reflita estratégia de auto implicação e superação da atitude passiva do aprendiz.

Já a execução tanto da Referência em Saúde quanto da Contrarreferência em Saúde foi citada, de forma coerente e vivenciada tanto na ABS quanto nos outros níveis de atenção em saúde, assegurando que a formação e os serviços, em alguma dimensão, trabalharam em consonância com as demandas dos MS e ME. A compreensão da ferramenta, porém, com pouca vivência de sua prática, também foi relatada por todos entrevistados, emergindo um alerta para maior envolvimento de docentes e estudantes tanto no fazer quanto no aprender em saúde.

Ademais, dois aspectos foram destacados e trouxeram subsídios interessantes para estas conclusões:

O uso da Referência em Saúde enquanto retaguarda para as fragilidades da ABS, apontado pelos estudantes, mostrou haver importante distorção nas práticas vigentes na saúde, as quais requerem a atenção dos gestores públicos e parcerias com as instituições formadoras em saúde.

Deve-se salientar que a grande distinção entre os cenários que compõem os campos de atenção e formação dos estudantes, a subjetividade e a historicidade de cada agente que compõe a cadeia de cuidados e ensino (o mundo real) fazem com que as estratégias organizacionais e pedagógicas singrem ondas irascíveis e, por vezes, tangenciais ao rigor científico, ainda que e de tal sorte que tais vieses tenham sido balizados pela Lei Orgânica da Saúde, DCNs e Projetos Pedagógicos do Curso utilizado neste estudo.

7. Referências Bibliográficas

1. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde - norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(7): 757-762.
2. Oliveira NA, Meirelles RMS, Cury GC, Alves LA. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2008;32(3):333-346.
3. Brasil. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Lei Nº 9.349, de 20 de dezembro de 1996.
4. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 9 nov 2001; Seção 1:37.
5. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 23 jun 2014. Seção 1:8
6. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. Hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]*. 2007;12(4): 965-971.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde-Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
8. Faculdade de Medicina de Marília-Famema. Projeto pedagógico do Curso de Medicina [internet]. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2014. [citado em 04 de agosto de 2020]. Disponível em:
http://www.famema.br/ensino/cursos/docs/protocolo43158_PPC%20Medicina.pdf
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: 70; 2011.
10. Sauter AMW, Girardon-Perlini NMO, Kopf AW. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. *Reme Rev. Min. Enferm abr/jun 2012*,16(2):265-274.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
12. III Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais. Expressões socioculturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para o Serviço Social. Belo Horizonte. [Internet]. Comunicação em saúde: conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais. [citado em 04 de agosto de 2020]. Disponível em :
<https://docplayer.com.br/6825874-Comunicacao-em-saude-conceitos-e-estrategias- rumo-a-efetivacao-de-direitos-sociais.html>
13. Souza BR, Fantini LJZ, Dallagnoli S, Moresco S. Comunicação organizacional: a importância da comunicação nas organizações.[dissertação na internet]. Brusque (SC):Faculdade de Tecnologia de Santa Catarina;2009.14p.[citado 15 nov 2016]. Disponível em:
http://www.bm.edu.br/fatesc.edu.br/wpcontent/blogs.dir/3/files/pdf/tccs/a_importancia_da_comunicacao_nas_organizacoes.pdf
14. Cardoso CL. Relações interpessoais na equipe do Programa Saúde da Família. *Rev APS*. 2004;7(1):47-50.
15. Nardo LRO. Acesso aos níveis de atenção à saúde em um município do Estado de São Paulo: perspectivas de gestores, profissionais e usuários [tese]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2015. 207 p.
16. São Paulo. Secretaria da Saúde. CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde [Internet]. [citado em 04 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.cross.saude.sp.gov.br/>.
17. Petta HL et al. Preceptoría no SUS: caderno do curso 2015/2016. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2015.
18. Resck ZMR, Gomes ELR. A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008;16(1): 71-77.
19. Rios TA. Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.
20. Ausubel D, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
21. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. 1997; 13(10):469-478.
22. Merhy EE, Franco TB. PSF: contradições e novos desafios. Conferência Nacional de Saúde On-Line,1999.

23. Almeida-Filho N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: THE LANCET – Saúde no Brasil. Londres: The Lancet, mai. 2011, p. 10-11.
24. Sobral DT. Fatores de influência na escolha de carreira de docentes médicos. Rev. Bras.educ. méd. Rio de Janeiro(RJ).2002; 26(1).
25. Ronzan TM, Ribeiro MS. Práticas e crenças do médico de família: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. Rev. bras. Educ. méd. 2004;28(3).
26. Silva ACMA, Villar MAM, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. Saúde soc. 2010;19(1):159-169.
27. Dimenstein M, Severo AK, B M, P AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc. 2009;18(1): 63-74.

Artigo Recebido: 18.07.2018

Aprovado para publicação: 01.02.2019

Laurielle de Souza Andrade

Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA

Avenida Monte Carmelo, 800

Fragata

17519-030 - Marília, SP - Brasil

Telefone: (14) 3402-1744

E-mail: laurielle_2005@hotmail.com
