Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA: AINDA UM PROBLEMA ENTRE OS MÉDICOS

REFERRAL AND REPLY LETTER: STILL A PROBLEM AMONG PHYSICIANS

José Fittipaldi Neto[1]
Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli[2]
Maria Elizabeth da S. Hernandes Corrêa[3]
Magali Aparecida Alves de Moraes[4]
Viviane Alessandra Capelluppi Tófano[5]

RESUMO - Fragmentações, descontinuidade do cuidado e ruídos comunicacionais impactam negativamente na atenção à saúde. É essencial, assim, haver comunicação adequada entre os profissionais dos serviços de saúde envolvidos em uma assistência em rede e centrada na pessoa garantindo fluxo e contrafluxo de informações de boa qualidade. **Objetivo:** Compreender a percepção sobre a comunicação entre médicos atuantes na atenção básica em Estratégias Saúde da Família (ESF) e em Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio da referência e contrarreferência, bem como a abordagem na graduação. **Método**: Estudo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Os médicos preencheram um questionário autoaplicável com afirmativas e escalas de concordância tipo Likert. Os dados foram apresentados no formato de tabelas e quadros, em porcentagens, médias e desvio padrão conforme a frequência de respostas apresentadas. O trabalho de campo, abordagem qualitativa da pesquisa, consistiu em entrevista individual semiestruturada. Após a transcrição dos áudios utilizou-se a

[1] Mestrado em Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)
Médico atuante na atenção primária do município de Marília/SP;
[2] Enfermeira, doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), Docente da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA);
[3] Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Coordenadora da Diretoria de Ensino e Pesquisa Associação Beneficente Hospital Universitário (ABHU);
[4] Psicóloga, doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Docente da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA);
[5] Doutorado em Bases Gerais da Cirurgia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Docente curso de medicina da Universidade de Marília (UNIMAR).

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) em que se construiu discursos-sínteses na primeira pessoa do singular que sintetizaram as narrativas a partir das ideias centrais. **Resultados e discussão:** Dos 29 médicos das ESFs participaram 25 (86,20%) e dos 38 atuantes nas UBS 20 (52,63%) aceitaram em participar da abordagem quantitativa. Houve concordância entre os participantes quanto a falta de comunicação geral: entre os níveis de atenção, profissionais; e sobre o funcionamento do fluxo e contrafluxo de informações sobre pacientes. Considerando o predomínio de condições crônicas é possível afirmar que essa situação pode levar a uma fragmentação do cuidado tornando o sistema incapaz de oferecer atenção continuada de qualidade. Os resultados apontam uma possível lacuna de conhecimento sobre a temática, referência e contrarreferência, na graduação. Na abordagem qualitativa da pesquisa dezesseis (16) médicos participaram das entrevistas sendo oito das ESF e oito das UBS. Os DSC narraram tanto situações de aprendizado aparentemente eficazes, quanto pouco significativas para o desenvolvimento de processo de comunicação para uma prática profissional mais adequada. Também mostra ausência de padrão na formação dos médicos ou aprendizados não significativos e até mesmo inexistente. **Conclusões:** Tornam-se necessárias avaliações mais aprofundadas sobre o aprendizado da comunicação entre médicos na graduação, haja vista a necessidade da formação de profissionais capazes de atuar em rede. Consta ser de longa data os ruídos que interferem na comunicação entre médicos em sistemas diversos de saúde. Ações que interfiram construtivamente nesta situação devem ser amplamente encorajadas, sobretudo na graduação.

Palavras-chave: Educação Médica; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT - Fragmentations, care discontinuation and communication rumors have a negative impact on health care. It is essential to have suitable communication among health service professionals involved in network assistance and person-centered, ensuring flow and counterflow of better quality information. Objective: To understand communication perception among physicians (referral and reply letter) working in primary care as family physicians in Family Health Strategies (FHS) and specialists in Basic Health Units (BHU), as well as the approach to college subjects. Method: Exploratory study with quantitative-qualitative approach. The physicians completed a self-administered questionnaire with Likert-type affirmation and concordance scales. The field work, qualitative approach of the research, consisted of a semi-structured individual interview. After audio transcription, the Discourse of the Collective Subject

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

(DCS) technique was used in which the first discourse-syntheses were built in the first person singular, which synthesized narratives from main ideas. Results and Discussion: Out of 29 FHS physicians, 25 (86,20%) participated, and out of 38 working at BHUs, 20 (52,63%) accepted to take part in the quantitative approach. There was agreement among the participants regarding the lack of general communication in levels of attention, professionals and on the flow and counterflow of information about patients. Considering chronic conditions, it is possible to state that this situation can lead to care fragmentation making the system incapable of offering continuous quality care. The data also suggested a possible knowledge gap concerning the topic, referral and reply letter, at the undergraduate course. As for the qualitative approach, sixteen (16) physicians participated in the interviews, eight from the FHSs and eight from the BHUs. The CSDs reported both seemingly effective and ineffective learning situations for the development of a communication process for a more appropriate professional practice. It also showed pattern absence concerning professional formation or non-significant learning, and even nonexistent ones. Conclusion: More in-depth evaluations of communication learning among undergraduate physicians are necessary, considering the need to train professionals capable of networking. It is a long-standing problem that interferes with communication among doctors in different health systems. Actions that constructively interfere in this situation should be widely encouraged, especially in graduate school.

Keywords: Referral and consultation; Interprofessional relations; Physicians; National health programs.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo na medida em que atua de maneira capilar e universal por meio de rede regionalizada e hierarquizada. Estabelecimento de vínculo entre os serviços de saúde da rede é fundamental para a integralidade da assistência à saúde (SANTOS, 2017).

O desafio, considerando a dimensão do sistema de saúde público brasileiro é exercer um cuidado continuado, integrado e harmônico entre os diversos serviços oferecidos. Quando a rede de saúde apresenta fluxos e contrafluxos ineficientes relacionados aos pacientes–verifica-se fragmentações ou quebras de continuidade de cuidados.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Referência e contrarreferência (BRASIL, 2003) definem o encaminhamento de um usuário para um serviço de especialidade do sistema de saúde, por vezes, com maior densidade tecnológica, em geral ambulatórios e hospitais e retorno das informações referentes a esse atendimento. Esse fluxo e contrafluxo de informações deveria assegurar o compartilhamento das informações promovendo a continuidade do cuidado, no entanto nem sempre isso ocorre.

HARRIS et al. (2007) investigaram médicos do nível secundário de um município do interior do nordeste brasileiro sobre as contrarreferências. Identificou-se que há um entendimento geral sobre a sua importância, mas também uma dificuldade em as adotar como forma de comunicação com a atenção básica. FRANCO (2011) apontou problemas relacionados à comunicação entre UBSs e o serviço de atendimento especializado para pacientes com HIV/AIDS, esse fato levava os profissionais da atenção primária a depender quase exclusivamente do relato do paciente para acompanhamento do caso. CUNHA et al. (2016) constataram falta de comunicação entre a equipe hospitalar e atenção primária em casos de pacientes que realizaram cirurgia de revascularização miocárdica, pois raramente a equipe da atenção básica recebia informações por meio de contrarreferência, resultando em riscos no acompanhamento do pós-operatório. PERUSSO (2013) identificou quebra da continuidade de acompanhamento de pacientes renais, pois enquanto os cuidados mais específicos eram realizados em serviços de média e alta complexidade, a ausência de comunicação com a atenção básica impedia a realização de atividades de prevenção e promoção de outras situações de saúde associadas.

É essencial, assim, haver comunicação entre os diferentes níveis que compõe a rede de serviços de saúde. Profissionais, seja na área especializada ambulatorial, seja na atenção primária precisam focar no cuidado centrado na pessoa (SANTA et al., 2016).

Respeitando-se a temporalidade envolvida nas conclusões do artigo publicado em 1974 sobre a comunicação entre médicos generalistas da atenção primária e especialistas atuantes em serviços de referência, LONG e ATKINS (1974) apontaram que a falta de comunicação encontrada era de longa data. Destaca-se que, no passado, os autores, comentaram que a categoria médica investe pouco na busca de soluções para esse problema. RAMANAYAQUE et al. (2014), quarenta anos depois, ainda encontraram ineficiência no fluxo e contrafluxo de informações entre os médicos.

Para tanto, considerando a comunicação entre médicos nos serviços de saúde, como tema relevante à medida que interfere no cuidado ao usuário, tem-se como objetivo compreender a percepção sobre a comunicação entre médicos atuantes na

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

atenção básica em ESF e em UBS por meio da referência e contrarreferência, bem como a abordagem na graduação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quanti-qualitativa. Coleta de dados realizada entre os meses de junho a setembro de 2017 num município do interior do Estado de São Paulo. Os critérios de inclusão foram: ser médico atuante nas ESF como médicos de família; ser médico atuante em UBSs como especialista que dá suporte aos médicos de família das ESF, nas áreas de pediatria e ginecologia em sua maioria. Excluiu-se os médicos substitutos, estrangeiros, os envolvidos com a pesquisa e aqueles em período de férias no momento da coleta de dados. O médico de família e comunidade também é um especialista pelo Conselho Federal de Medicina, porém, por questões de tratativas, não foi denominado de especialista nesta pesquisa para não causar equívocos em relação aos atuantes na atenção especializada.

Primeiramente os médicos preencheram um instrumento de coleta quantitativo autoaplicável enviado até as unidades de saúde que trabalhavam. O instrumento continha afirmativas e uma escala de concordância tipo Likert. Os participantes foram caracterizados segundo: sexo, tempo de atuação no serviço, área de atuação e tempo de formado. Os dados coletados foram submetidos a análise descritiva por meio do programa IBM® SPSS Statistics versão 23. Os dados foram apresentados em quadros e tabelas como médias, desvio padrão e em porcentagens. Considerando os critérios de inclusão e exclusão haviam 29 médicos atuantes nas ESF e 38 nas UBS aptos para participarem da pesquisa totalizando um universo de 67 médicos.

O trabalho de campo, abordagem qualitativa da pesquisa, consistiu em entrevista individual semiestruturada cuja pergunta norteadora foi *"Durante a sua graduação houve algum aprendizado sobre o tema referência e contrarreferência?"*. Os critérios de inclusão para as entrevistas foram, além dos já citados acima: ter participado da coleta quantitativa, ter maior tempo de atuação no serviço, apresentar maior carga horária semanal e tempo mínimo de um ano de atuação na atual ocupação. Estes critérios foram adotados para permitir caracterizar a rede de saúde municipal por meio de profissionais experientes. A amostragem qualitativa baseou-se na saturação de falas, ou seja, quando ocorreu redundância por exaustão de ideias apresentadas por pergunta norteadora na fase de entrevistas. Ainda que haja discussões aprofundadas sobre o número adequado para a amostragem qualitativa (RIBEIRO, SOUZA e LOBÃO, 2018),

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

na presente pesquisa, os autores entenderam que, mesmo na análise final, houve material adequado com respostas de qualidade e profundidade. Os sujeitos foram classificados por números e letras para garantia do anonimato, sendo "SF + número" para o médico da ESF e "E + número" para o atuante na UBS. Após a transcrição dos áudios utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que corresponde a uma ferramenta metodológica bem fundamentada para construir narrativas com as falas dos participantes da pesquisa (FIGUEIREDO, CHIARI e GOULART, 2013). Inicialmente transcreveu-se o conteúdo das falas para, em seguida, extrair as expressões chave (trechos literais das falas que contém a essência da ideia do participante) que compuseram as ideias centrais (IC), sínteses precisas do conteúdo das expressões chaves. As expressões chave foram utilizadas para a construção dos discursos-sínteses na primeira pessoa do singular que são os DSC correspondentes a cada IC (FIGUEIREDO, CHIARI e GOULART, 2013) e discutidos os dados a luz do referencial teórico do estudo.

Ressalta-se que o DSC é capaz de ilustrar as Representações Sociais que são pensamentos, atitudes, crenças, costumes oriundos de uma coletividade e que, mais próxima da atualidade, representa o senso comum (DUARTE, MAMEDE e ANDRADE, 2009). Então, descortina-se o contexto vivido pelos participantes avaliados. A técnica do DSC é potente em, justamente, carregar no discurso em primeira pessoa do singular as representações sociais não somente pelo conteúdo das ideias, mas também pelo conteúdo falado através das expressões-chave (LEFEVRE e LEFEVRE, 2014).

A pesquisa foi avaliada em seus parâmetros éticos (CAAE: 62011716.4.0000.5413) e também autorizada pelo Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da prefeitura municipal por meio do Ofício SS.18 nº 01. A participação do médico esteve condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) organizado com base nas orientações do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Dos 29 médicos das ESFs participaram vinte e cinco (86,20%) e dos 38 médicos das UBS 20 (52,63%) aceitaram participar, totalizando 45 médicos para a amostra quantitativa.

Tabela 1- Média e desvio padrão (DP) das idades, tempo de serviço na atual ocupação e tempo de formado, em anos, de acordo com a área de atuação profissional, 2017.

Área de atuação	Média das idades (DP)	Média do tempo de serviço na atual ocupação (DP)	Média do tempo de formado (DP)
Médico de família	36,72 anos (± 14,54)	3,86 anos (± 1,3)	9,25 anos (± 13,25)
Especialista	53,2 anos (± 8,17)	22,75 anos (± 5,14)	29,14 anos (± 5,6)

Fonte: elaboração pelos autores com base no instrumento quantitativo de coleta de dados

Na tabela 1 nota-se que os médicos da saúde da família são mais jovens, têm menos tempo de serviço e de formado. Possivelmente sejam jovens médicos, sem títulos de especialistas, que buscam trabalho na atenção básica até que surjam possibilidades de especializações, representando a alta rotatividade. No município avaliado existem duas faculdades de medicina com grande número de vagas ofertadas para residência médica, possivelmente fator que impulsiona o recém-formado a permanecer no município até conseguir iniciar a especialização. Comparativamente o censo demográfico médico brasileiro (SCHEFFER et al., 2018) encontrou média de idade de 42,8 anos para os médicos de família e comunidade e 47,1 anos para os especialistas no geral, incluindo os médicos de família, sendo que, para ginecologia/obstetrícia e pediatria a média ficou entre 45 e 49 anos.

Tabela 2- Descrição geral das variáveis contínuas e categóricas dos médicos em média e desvio padrão (DP) ou porcentagem (%), 2017.

Variáveis contínuas	**Média (± DP)**
Idade (anos)	44 (± 14.6)
Tempo de formado (anos)	18 (±14,4)

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Tempo de serviço na atual ocupação (anos)	12 (±11,4)
Carga horária semanal (horas)	31 (±11,4)
Variáveis categóricas	**Números (%)**
Masculino	20 (44)
Feminino	25 (55)

Fonte: elaboração pelos autores com base no instrumento quantitativo de coleta de dados

Segundo o censo (SCHEFFER et al., 2018) os homens são maioria com 54,4% do total, porém a diferença entre sexos vem caindo a cada ano com tendência a feminização. As mulheres já são maioria na faixa etária até 29 anos e entre 30 e 34 anos. Na tabela 2 nota-se que as mulheres são a maioria, mesmo com a média de idade de 44 anos. No entanto, na presente pesquisa, houve um predomínio de médicos de família (25 médicos de família e 20 especialistas) e, considerando que SCHEFFER et al. (2018) encontrou predomínio de mulheres na especialidade de medicina de família e comunidade com 57,1%, é possível que esse fator tenha impactado na apresentação da presente pesquisa. Isso pode ser verificado na tabela 3 em que as mulheres são a maioria dos médicos de família no município.

Tabela 3 - Caracterização dos médicos por sexo a partir da atuação profissional, 2017.

Atuação profissional	Masculino	%	Feminino	%	Total
Médico de família	9	36%	16	64%	25 (100%)
Especialista	11	55%	9	45%	20 (100%)

Fonte: elaboração pelos autores com base no instrumento quantitativo de coleta de dados

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Abordagem quantitativa

Quadro 1- Frequências de respostas das assertivas que tratam do fluxo e contrafluxo de informações, 2017.

Assertivas		DT	DP	N	CP	CT	T
"Existe comunicação entre médicos da saúde da família e especialistas no município"	F	32%	40%	12%	16%	0%	100%
	E	55%	20%	10%	10%	5%	100%
"Há comunicação entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário no município"	F	28%	36%	8%	28%	0%	100%
	E	25%	45%	0%	25%	5%	100%
"Os fluxos de encaminhamentos de pacientes (referência e contrarreferência) funcionam no município"	F	12%	48%	12%	28%	0%	100%
	E	10%	40%	20%	20%	10%	100%
"No dia a dia tenho dificuldades com	F	4%	4%	8%	28%	56%	100%

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

relação à falta de informações sobre os meus pacientes que acompanham em outros serviços de saúde"	E	5%	25%	10%	15%	45%	100%

F, médico de família; E, médico especialista; DT, discorda totalmente; DP, discorda parcialmente; N, neutro; CP, concorda parcialmente; CT, concorda totalmente; T, total.

Fonte: elaboração pelos autores com base no instrumento quantitativo de coleta de dados

No quadro 1 verifica-se que os participantes concordam quanto a falta de comunicação geral entre os níveis de atenção, entre os profissionais e sobre o funcionamento do fluxo e contrafluxo de informações sobre pacientes. Considerando que há predomínio de condições crônicas de saúde (doenças crônicas, doenças transmissíveis de curso longo, condições maternas e perinatais, manutenção da saúde por ciclos de vida, distúrbios mentais de longo prazo, deficiências motoras persistentes, entre outras) que exigem acompanhamentos contínuos e uma maior interação entre médicos e serviços de saúde é possível afirmar que essa situação pode levar a uma fragmentação do cuidado (MENDES, 2018). Isso pode ser um dos fatores que torna o sistema incapaz de oferecer atenção continuada de qualidade com melhores desfechos em saúde.

Em uma investigação sobre sistemas de referência e contrarreferências em países da América Latina identificou-se que, na maioria dos casos, não havia organização adequada sobre fluxo e contrafluxo de informações sobre os pacientes que transitavam pelos sistemas de saúde. Apenas em quatro países, dos dezesseis avaliados, ocorriam algum tipo de mecanismo que assegurava com mais critério a continuidade do cuidado (FERNÁNDEZ et al., 2016). MEHROTRA, FORREST e LIN (2011) em um estudo de revisão sistemática nos Estados Unidos, também verificaram muitas dificuldades comunicacionais tanto com referências quanto com contrarreferências, havendo uma falha na coordenação dos cuidados que, inclusive, acarretavam em novos encaminhamentos, insatisfações e aumento de custos.

Autores tem buscado entender as razões para a ocorrência do insuficiente fluxo e contrafluxo de informações entre médicos em serviços de saúde diversificados. Entre os fatores constam: sobrecarga de trabalho (SMITH e KHUTOANE, 2009; RAMANAYAKE et al., 2014) que impede a realização dos informes sobre as condições

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

dos pacientes acompanhados em ambulatórios, má qualidade das cartas de referências realizadas para o especialista (SMITH e KHUTOANE, 2009; RAMANAYAKE et al., 2014), ineficiências no gerenciamento do tempo (Harris et al., 2007), sensação de isolamento profissional (HARRIS et al., 2007) e ausência de um critério bem definido para realizar ou não o informe sobre o paciente (RAMANAYAKE et al., 2014). Esses fatores, no entanto, não foram investigados na presente pesquisa, mas possivelmente também podem estar ocorrendo no município.

Quadro 2 - Frequências de respostas sobre as assertivas que abordam a temática referência e contrarreferência na graduação, 2017.

Assertivas		DT	DP	N	CP	CT	T
"Aprendi na prática profissional a fazer referência e contrarreferência"	F	8%	4%	16%	20%	52%	100%
	E	5%	10%	10%	15%	60%	100%
"Aprendi a fazer referência e contrarreferência durante a faculdade"	F	16%	20%	20%	24%	20%	100%
	E	25%	10%	15%	15%	35%	100%
"Elaborei referência e contrarreferência durante faculdade"	F	20%	8%	16%	28%	28%	100%
	E	30%	15%	10%	15%	30%	100%

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

F, médico de família; E, médico especialista; DT, discorda totalmente; DP, discorda parcialmente; N, neutro; CP, concorda parcialmente; CT, concorda totalmente; T, total.
Fonte: elaboração pelos autores com base no instrumento quantitativo de coleta de dados

O quadro 2 amplia o olhar sobre a comunicação entre os médicos e busca informação sobre o aprendizado do tema referência e contrarreferência na graduação. É possível identificar que é na prática profissional que o médico "entende" os fluxos e contrafluxos de informações, pois, em números absolutos, ocorreu menor porcentagem de concordância em relação a ter aprendido sobre referência e contrarreferência na faculdade, ou mesmo, sobre ter elaborado uma referência e ou contrarreferência durante a graduação. Esses dados sugerem uma possível lacuna de conhecimento.

A formação médica no Brasil intensamente voltada para a especialização dos médicos recém-formados e a falta de capacitação dos especialistas para considerar a interconectividade dos níveis de atenção no sistema de saúde (primário e secundário) pode prejudicar o entendimento do papel do especialista nesse sistema ao qual está inserido (HARRIS et al., 2007). Apontamento semelhante feito por COSTA et al. (2013) considera que o desconhecimento do papel da atenção básica acarreta a não valorização da contrarreferência por profissionais atuantes em setores especializados, possivelmente em função da formação.

No entanto, existem efeitos benéficos ao paciente quando a comunicação é adequada entre médicos atuantes em ambulatórios especializados e o médico da atenção primária, pois há melhora da condução clínica do caso. FOY et al. (2010) encontraram dados relevantes para as especialidades de endocrinologia e psiquiatria, porém apontam que é possível que os mesmos dados possam também ser atingidos se houver esforços para a melhora da comunicação nas demais especialidades.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Abordagem qualitativa

Quadro 3 – Ideias centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) elaborados a partir das entrevistas com médicos especialistas e de saúde de família, 2017.

IC	DSC

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Aprendizado suficiente	"Durante a minha graduação eu tive um contato com a temática de referência e contrarreferência ... Os professores mais experientes falavam para não deixar o colega médico que iria receber o paciente sem informação. Diziam que, quando era para fazer a referência, escrever o máximo possível e de forma clínica, com a história pregressa e atual, sinais e sintomas, doenças crônicas, o que já havia sido diagnosticado e o que já havia sido realizado, pois isso iria ser muito importante para o outro médico que atenderia o paciente". (SF7; E4)
Aprendizado insuficiente	"… Muito pouco pelo que eu me lembre, quase nulo. Sou formado há 30 anos e era outra forma de ver o sistema de saúde, o que me fez aprender mesmo foi o dia a dia. Era raro quando algum professor orientava responder outro colega médico. Eu passei em estágios tanto na atenção primária quanto no hospital e ambulatório. Na atenção primária era comum fazer a referência e nos ambulatórios o paciente era atendido, mas não era dado um retorno para o médico que fez a referência". (E2-3; E6; SF2; SF4-6)
Não me lembro	"... Eu não sei se isso era feito naquela época, porque não havia a rede de saúde que tem hoje. Não me lembro de isso ter sido muito comentado, foi há 30 anos". (E1; E5; E7-8; SF3)

Fonte: elaboração pelos autores a partir das entrevistas e com base em LEFÈVRE e LEFÈVRE (2005).

Dezesseis (16) médicos participaram, considerando critérios de inclusão, exclusão, anuência e saturação de ideias. Destes, oito atuavam nas ESFs e oito nas UBSs. Quanto a localização geográfica: quatro médicos da zona norte; três da zona sul, cinco da zona leste e quatro da zona oeste. As entrevistas aconteceram nos locais de

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

trabalho em momentos considerados oportunos pelos participantes e realizadas pelo mesmo entrevistador.

Com base na pergunta norteadora *"Durante a sua graduação houve algum aprendizado sobre o tema referência e contrarreferência?"* construiu-se os DSCs cujas ICs foram classificadas como: "aprendizado suficiente", "aprendizado insuficiente" e "não me lembro". Os discursos ajudam a explorar, no momento da graduação, os aprendizados ou experiências de ensino sobre a comunicação entre médicos a partir do fluxo de referência e contrarreferência.

Os DSCs mostram tanto situações de aprendizado aparentemente eficazes, quanto incapazes de serem significativas para um delineamento de uma prática profissional mais adequada. Descrevem uma ausência de padrão na formação dos médicos ou aprendizados não significativos e até mesmo ausentes. Também é sugestiva o quanto a influência do dia a dia vivido na graduação impacta na construção do saber profissional. A exceção ficou para a categoria em que os participantes não se lembraram como foi o processo de aprendizagem do tema, decorrente do tempo entre a graduação e o atual momento da carreira, cerca de 30 anos e isso não significa, necessariamente, que não sabem ou praticam de forma correta a referência e a contrarreferência.

Na Diretriz Curricular Nacional (DCN) para o curso de medicina de 2001 foi proposto um currículo baseado em competências com vinte e duas específicas para o egresso sendo que a décima sétima destacava a obediência aos princípios técnicos e éticos da referência e contrarreferência no sistema hierarquizado de saúde (FRANCO, CUBAS e FRANCO, 2014). Porém na DCN de 2014 (BRASIL, 2014) o texto, ainda que estimule uma formação crítica, reflexiva e que entenda a importância do cuidado continuado, é menos específico no tocante ao aprendizado do processo de comunicação (referência e contrarreferência).

A discussão com acadêmicos sobre o papel e o uso desse instrumento de comunicação pode ser um elo essencial para fortalecer a proposta de construção de uma rede de cuidado. Dessa forma são fundamentais iniciativas que promovam a discussão da temática na graduação (SILVA et al., 2016). Investir em mudanças na matriz pedagógica de procedimentos médicos para a aquisição de competências e habilidades sobre o entendimento do fluxo e contrafluxo de informações em uma rede de saúde, por exemplo, pode impactar positivamente na atuação de novos médicos (PÍCOLI et al., 2017).

O município em estudo, por exemplo, possui duas faculdades de medicina. Era de se esperar, assim, que com uma presença forte das instituições acadêmicas a comunicação entre os profissionais fosse melhor avaliada, pois os estudantes de

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

graduação são inseridos na atenção básica, passando pelo nível secundário chegando até os hospitais com alta densidade tecnológica. Acrescenta-se que, com base nos dados quantitativos, os estudantes podem estar construindo uma representação muito negativa da rede de saúde, e mais, apresentando uma vivência acadêmica como as dos médicos cuja experiência acadêmica também foi ruim (IC-aprendizado insuficiente, quadro 3). Os acadêmicos produzem e reproduzem conforme as vivências apresentadas, pois são sujeitos ativos nas construções das representações sociais. No contexto apresentado na presente pesquisa o cenário acadêmico tem fortes possibilidades de perpetuar o senso comum de "nada funciona" ou "é assim mesmo", quando na verdade deveria estimular respostas ou propostas inovadoras para superar as dificuldades comunicacionais entre os médicos.

Acadêmicos precisam compreender a importância da comunicação entre os médicos na rede de saúde para um cuidado efetivo e longitudinal. GONTIJO et al. (2013) propuseram uma matriz de competências essenciais para valorização e intencionalidade dos percursos acadêmicos. No tocante a organização do sistema de saúde e atenção em saúde pública, propuseram a superação da fragmentação do sistema pela interação ensino-serviço ao formar acadêmicos para uma atuação capaz de interagir de maneira interdisciplinar, integral e multiprofissional. Em Ribeirão Preto, por exemplo, a interação ensino serviço na atenção básica promoveu o aprofundamento sobre o funcionamento da unidade, programas de apoios educativos, processos de trabalho da equipe e o conhecimento do fluxo de referência e contrarreferência (SOUZA et al., 2016).

CONCLUSÕES

Em suma, consta ser de longa data a dificuldade dos médicos de compartilharem informações sobre pacientes sob seus cuidados. Muitos fatores podem interferir nos fluxos e contrafluxos como sobrecarga de trabalho, encaminhamentos mal realizados, sensação de isolamento profissional e lacunas de conhecimentos oriundas da graduação.

No município avaliado, como também presente em outras localidades do Brasil e internacionais, ocorrem dificuldades no compartilhamento de informações na rede de saúde. É imprescindível uma avaliação mais detalhada sobre as razões para a ocorrência dos fatos no município, bem como um aprofundamento da questão em esfera educacional, em função de possíveis lacunas de conhecimentos.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

Melhorar os fluxos e contrafluxos de informações na rede de saúde é imprescindível para um cuidado continuado seguro e eficaz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução n. 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); 20 jun 2014 Seção 1:1-14. Disponível em: http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/Publicacoes/Manual_Gestao_Fin_SUS.pdf.

COSTA, S.M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. Revista de Atenção Primária à Saúde, v.16, n.3, p.287-93, 2013.

CUNHA, K.S. et al. Revascularização do miocárdio: desvelando estratégias de referência e contrarreferência na atenção primária à saúde. Revista Baiana de Enfermagem, v.30, n.1, p. 295-304, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/16039/pdf_2

FERNÁNDEZ, M.A. et al. Os Sistemas de Referência e Contra-Referência de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordenação Assistencial e papel da Medicina de Família e Comunidade. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v.11, Suppl. 2, p. 37-45, 2016.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI, B.M.; GOULART, B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. Distúrbios da Comunicação, v.25, n.1, p.129-36, 2013.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

FOY, R. et al. Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists. Annals of Internal Medicine, v.12, n.4, p. 247-58, 2010.

FRANCO, C.A.G.S.; CUBAS, M.R.; FRANCO, R.S. Currículo de Medicina e as Competências Propostas pelas Diretrizes Curriculares. Revista Brasileira de Educação Médica, v.38, n.2, p. 221-30, 2014.

FRANCO, F.A. Atenção integral ao HIV/AIDS: para além da referência e contrarreferência. 2011, 124 p. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP). Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20062011-142216/pt-br.php

GONTIJO, E.D. et al.. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica, v.37, n.4, p. 526-39, 2013.

HARRIS, M. et al. Reply letter utilization by secondary level specialists in a municipality in Brazil: a qualitative study. Revista Panamericana de Salud Pública, v.21, n.2/3, p. 96-110, 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. O Discurso do Sujeito Coletivo. 1 ed. Caxias do SUL: EDUCS, 2005. 256 p.

LONG, A.; ATKINS, J.B. Communications between General Practitioners and Consultants. BMJ [online], v.4, n. 5942, p.456-9, 1974. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1612535/pdf/brmedj02006-0042.pdf

MEHROTRA, A.; FORREST, C.B.; LIN, C.Y. Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. Milbank Mem Fund [Internet], v.89, n.1, p. 39-68, 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160594/pdf/milq0089-0039.pdf

MENDES, E.V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v.23, n.2, p. 431-35, 2018.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

PERUSSO, I.A.O. Política nacional de atenção ao portador de doença renal: uma experiência no hospital universitário do Recife. 2013, 84 p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE). Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11450

PÍCOLI, R.P. et al. Competências Propostas no Currículo de Medicina: Percepção do Egresso. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 41, n. 3, p. 364-71, 2017.

RAMANAYAKE, R.P.J.C. et al. Why are specialists reluctant to reply to referral letters - exploring the views of specialists in Sri Lanka. TheHealth, v.5, n. 3-4, p. 44-8, 2014.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F.N.; LOBÃO, C. Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? Revista Pesquisa Qualitativa, v.6, n.10, p. iii-vii, 2018.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciência & Saúde Coletiva [online], v.22, n.4, p. 1281-89, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016.

SANTA, T.C.M. et al. Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária? Revista Brasileira em Promoção da Saúde [on line], v.29(Supl), p.138-147, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p138

SCHEFFER, M. (coord.); CASSENOTE, A. et al. (colab.) Demografia Médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018. p. 286

SILVA, E.A.L. et al. Sensibilizando discentes sobre a importância da referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde: relato de experiência. In: Vera, S. et al., org. Universidade e redes de atenção à saúde: uma produção de conhecimento no sistema único de saúde. Cruz das Almas: UFRB; 2016. p. 63-71.

SMITH, S.; KHUTOANE, G. Why doctors do not answer referral letters. South African Family Practice, v.51, n. 1, p. 64-7, 2009.

Temas em Saúde
Volume 19, Número 6
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2019

Artigo

SOUZA, M.C.A. et al.. Inovação metodológica na integração ensino-serviço na educação médica. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v.49, n.3, p.284-91,2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i3p 284-291