

O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária

The referral and counter-referral system in mental health from the perspective of the physician working in primary care

El sistema de referencia y contrarreferencia en salud mental desde la perspectiva del médico que actúa en atención primaria

Recebido: 26/02/2022 | Revisado: 06/03/2022 | Aceito: 17/03/2022 | Publicado: 25/03/2022

Mayara Nakiria Tavares da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2313-0345>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: may_nakiria@hotmail.com

David dos Santos Calheiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4761-5569>

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Brasil

E-mail: davidcalheiros@hotmail.com

Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0066-8927>

Universidade Federal de Alagoas, Brasil

E-mail: rozangela.wyszomirska@famed.ufal.br

Resumo

O presente estudo buscou compreender o sistema de Referência e Contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária (APS). Para tanto, se adotou para a pesquisa a abordagem qualitativa com enfoque exploratório, sendo realizadas entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/ Brasil. Os dados coletados e produzidos foram tratados mediante a análise temática de conteúdo. Nesse contexto, sistema de Referência e Contrarreferência foi reconhecido como uma forma de diálogo entre os componentes das rede de atenção, em especial a RAPS, no entanto existe uma percepção majoritariamente negativa quanto ao seu funcionamento, dada a situações como a dificuldade de diálogo entre o profissional médico da APS e o psiquiatra, bem como a atuação do paciente como canal ou veículo de comunicação entre a rede, tendo em vista e inexistência de um instrumento que exerça tal função de maneira adequada. Assim, se faz- necessário pensar maneiras de torna o sistema de Referência e Contrarreferência mais eficiente, de modo a proporcionar maior possibilidade para o desenvolvimento de um cuidado integral no âmbito da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção primária; Médico; Referência; Contrarreferência.

Abstract

This study sought to understand the Mental Health Referral and Counter-Referral system from the perspective of physicians of primary health care (PHC). To do so, a qualitative approach with an exploratory focus was adopted, and interviews were conducted with physicians working in PHC in a city in the state of Alagoas, Brazil. The collected and produced data were treated using content thematic analysis. In this context, the Reference and Counter-Reference system was recognized as a form of dialogue between the components of the care network, especially the Psychosocial care network, however, there is a mostly negative perception about its operation, given situations such as the difficulty of dialogue between the PHC medical professional and the psychiatrist, as well as the performance of the patient as a channel or vehicle of communication between the network, in view of the absence of an instrument that performs this function properly. Thus, it is necessary to think of ways to make the Referral and Counter-Referral system more efficient, in order to provide a greater possibility for the development of integral care in mental health.

Keywords: Mental health; Primary care; Physician; Referral; Counter-reference.

Resumen

El presente estudio buscó comprender el sistema de Referencia y Contrarreferencia en salud mental en la perspectiva del médico que actúa en la Atención Primaria (APS). Por lo tanto, se adoptó un enfoque cualitativo para la investigación, con un enfoque exploratorio, y se realizaron entrevistas con médicos que actúan en la APS de un municipio del estado de Alagoas/Brasil. Los datos recolectados y producidos fueron tratados a través del análisis de contenido temático. En este contexto, el sistema de Referencia y Contrarreferencia fue reconocido como una forma de diálogo entre los componentes de la red de atención, en especial la RAPS, sin embargo existe una percepción

majoritariamente negativa respecto a su funcionamiento, dadas situaciones como la dificultad de diálogo entre el profesional médico de la APS y el psiquiatra, así como el papel del paciente como canal o vehículo de comunicación entre la red, ante la falta de un instrumento que cumpla adecuadamente esta función. Por lo tanto, es necesario pensar formas de hacer más eficiente el sistema de Referencia y Contrarreferencia, a fin de brindar mayores posibilidades para el desarrollo de la atención integral en el contexto de la salud mental.

Palabras clave: Salud mental; Atención primaria; Médico; Referencia; Contrarreferencia.

1. Introdução

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é a superação da fragmentação do cuidado e da oferta de ações e serviço, de modo a responder adequadamente as demandas de saúde da população (Lavras, 2011). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que os sistemas de saúde estão fracassando em atender a novas demandas de saúde, pois atuam em descompasso com a tendência de declínio dos problemas agudos, que passam a coexistir com a ascensão das condições crônicas (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados são caracterizados por pontos de atenção isolados, cuja incapacidade de comunicação afeta a oferta de um cuidado contínuo e longitudinal, neles os níveis de atenção não se comunicam e o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado fica prejudicado.

Na tentativa de superar a fragmentação no SUS, o Ministério da Saúde publicou a portaria 4.279 de 2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) no âmbito do SUS (Portaria nº4.279, 2010), sendo definidas por Mendes (2010) como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que atuam através de uma ação cooperativa e interdependente, tendo a APS como a coordenadora da atenção. No âmbito da saúde mental, a lógica das RAS, se apresenta através da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede temática que envolve todos os níveis de atenção, regulados pela APS, cujo objetivo perpassa em promover o acesso e a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção, através da articulação e integração dos serviços coexistentes na rede (Moreira & Bosi, 2019).

Nesse sentido, a integração do sistema de saúde em RASs é um passo na direção da integralidade do cuidado, se contrapondo a fragmentação e a iniquidade de acesso, otimizando o desempenho do sistema no tocante a eficiência clínica, econômica e sanitária (Ribeiro & Cavalcanti, 2020).

Na perspectiva de atuação em redes, a APS é apresentada como o centro coordenador do fluxo das RAS e da comunicação entre seus pontos de atenção, sendo considerada a principal estratégia de reorganização do modelo de assistência (Mendes, 2012).

A APS se constitui na esfera mais próxima e acessível ao usuário, sendo o local de cuidado para qual ele retorna após atendimentos especializados, e onde será conduzido o seu acompanhamento ao longo de todo seu percurso dentro da rede, sendo a instância com maior capacidade de articular os diversos níveis de atenção e de consolidar informações referentes aos itinerários terapêuticos dos usuários em seu processo de cuidado (Ribeiro & Cavalcanti, 2020). Nesse sentido, promover a integração da APS aos outros níveis de atenção, significa contribuir para a garantia da integralidade do cuidado (Bousquat et al., 2019).

A coordenação do cuidado exercida pela APS, entre níveis os assistenciais, demanda o aprimoramento da difusão de informações sobre os pacientes e entre os serviços, como o uso do prontuário eletrônico ou instrumento de referência e contrarreferência (Rodrigues et al., 2014).

O sistema de referência e contrarreferência, uma vez que se configura como um dispositivo normativo, que promove o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção e esferas de cuidado, mediante as suas necessidades (Vargas et al., 2010), sendo entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diversos serviços (Serra & Rodrigues, 2010).

Portanto, conhecer o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência se torna pertinente dado o seu papel no processo de consolidação do SUS, pois se constituem como competência dos componentes da RAS, seja a APS ou a atenção especializada, apresentando o modo de organização dos serviços e rede, no contexto de seus fluxos e mecanismos de pactuação na busca pela garantia do cuidado integral (Brondani et al., 2016).

Destarte, o presente estudo buscou analisar o sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na APS.

2. Metodologia

Para o desenvolvimento do presente estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa de pesquisa, com enfoque exploratório, dada o interesse pelos fenômenos sociais, especialmente os que ocorrem no campo da saúde mental e da APS. Para tanto, foi utilizada o método de Análise Temática, que é um método recomendado para analisar material de origem textual, pois tende a valorizar o material a ser tratado, permitindo fazer a descrição do fenômeno, contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos (Daly & Gliksmann et al., 2006).

Este estudo representa parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TACC) do Mestrado em Saúde da Família, concluído pela primeira autora, no tocante a prática médica na APS no âmbito da Saúde Mental.

A amostra foi intencional não probabilística, cujos critérios subjetivos de escolha foram estabelecidos pelos pesquisadores: ser médico, em atividade na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e que estivesse realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental. Foram incluídos no estudo aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município no estado de Alagoas, Brasil.

Os participantes da pesquisa representaram cinco profissionais, de um universo de sete médicos atuantes no local da pesquisa, uma vez que foram excluídos a própria pesquisadora e um segundo profissional que não aceitou participar do estudo.

Para o desenvolvimento do estudo, foi elaborado, como ferramenta de coleta e produção de dados, um roteiro de entrevista semiestruturado, constando de duas etapas. A primeira abordou as características pessoais e profissionais dos participantes, e a segunda foi composta por questões abertas relacionada diretamente aos objetivos do estudo. Foi realizada a revisão do roteiro de entrevista, através de um pré-teste com dois médicos atuantes na APS e não relacionados como participantes da amostra, a fim de averiguar a necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais, cujo agendamento ocorreu conforme a disponibilidade dos participantes, e para o qual, o atual cenário da pandemia de Covid-19, exigiu adaptações, sendo as entrevistas realizadas de maneira presencial ou por meios virtuais.

Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Análise dos dados

A análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior, havendo um reconhecimento de padrões dentro dos dados, onde os temas emergentes se tornam as categorias para análise. A identificação de temas ocorre através da “leitura cuidadosa e releitura dos dados” e neste estudo foi realizada de forma manual (Fereday & Muir-Cochrane, 2006, Braun & Clarke, 2006).

Para o procedimento da análise temática foram seguidas as fases conforme propostas por Braun e Clarke (2006):

Quadro 1 – Fases da análise temática.

Fases	Descrição do processo
Familiarizando-se com seus dados	Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais.
Gerando códigos iniciais	Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código.
Buscando por temas	Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial.
Revisando temas	Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise.
Definindo e nomeando temas	Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema.
Produzindo o relatório	A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise.

Fonte: Adaptado de Braun e Clarke (2006).

Estabelecidos os procedimentos das fases da análise temática, emergiu o tema “A interação entre a atuação médica em Saúde mental na APS e a RAPS”, cuja subcategoria Referência e Contrarreferência é discutida e apresentada no presente artigo.

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e o sistema de Referência e Contrarreferência.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esse foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

3. Resultados e Discussão

No presente estudo, ao ser questionada a atuação médica em saúde mental e sua forma de diálogo com os componentes das Rede de Atenção à Saúde (RAS), o sistema de referência e contrarreferência foi reconhecido e trazido à tona pelos participantes. No entanto, embora citado, o seu papel foi vinculado a conotações afetivas majoritariamente negativas, apontando o descrédito ou desmotivação com o seu funcionamento, conforme apresentado nos excertos a seguir:

Às vezes o paciente vai, não é atendido, termina voltando para a gente para reclamar, a gente reforça o encaminhamento, termina sendo atendido, mas tem esse entrave na rede (JOSÉ).

Olha, às vezes é difícil paciente chegar no serviço, pois este não funciona 100% como a gente precisaria (FRANCISCO).

Percebe-se que tanto o mecanismo de referência, como o de contrarreferência demonstram um funcionamento aquém das necessidades ou expectativas de atuação dos médicos entrevistados, corroborando com os resultados de Pereira e Machado (2016), Gasparini e Furtado (2019) que em seu estudo referiram a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência, dada a indisponibilidade do atendimento com especialistas, ou a dificuldade de comunicação com outros profissionais da rede, especialmente no que concerne ao momento do retorno do usuário do nível de maior complexidade para a APS.

Tal situação merece destaque, tendo em vista que o sistema de referência e contrarreferência consiste em um dos pontos importantes para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois mediante a sua estruturação, os

encaminhamentos de pacientes aos diversos níveis de atenção se tornam possíveis (Juliani & Ciampone, 1999), caracterizando-se como um dos elementos essenciais para que os serviços e ações em saúde funcionem de forma integrada (Serra & Rodrigues, 2010).

Destarte, otimizar o sistema de referência e contrarreferência significa mais do que organizar o trânsito do usuário ao longo do sistema, remete a busca pela consolidação de um dos princípios normativos do SUS, a integralidade, pois como afirma Hartz e Contandriopoulos (2004) nenhum ator/organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, se não através da integração dos serviços por meio das redes assistenciais.

Na perspectiva da RAPS, as limitações direcionadas ao sistema de referência e contrarreferência também esteve presente na fala dos participantes da pesquisa, como nos trechos a seguir:

Não consegue ter essa integração de você mandar o paciente e retornar para a gente, explicando o que foi feito, o que não foi feito, e o que deve ser feito na rede, nada disso existe (JOSÉ).

Se eu mandar para um psiquiatra o paciente não me retorna... A contrarreferência eu não tenho. Olhe o “Doutor disse que o senhor continuasse passando esse remédio, que fizesse isso ou aquilo, não” (FRANCISCO).

Haja vista a necessidade de diálogo entre os pontos e serviços na RAPS, os entraves de comunicação prevalecem nas falas dos participantes, dada a inexistência de diálogo entre o profissional médico que atua na APS e o especialista em saúde mental, representado pela figura do psiquiatra. Pode-se inferir que esses entraves de comunicação estejam vinculados a alguns fatores, entre os quais a inexistência de um instrumento ou canal consolidado de referência/contrarreferência, acabando por implicar na atuação do paciente como o veículo de informação entre os distintos pontos da rede de saúde, ficando na responsabilidade do usuário descrever as ações de cuidado pactuadas durante os atendimentos em outros pontos e serviços da rede.

Para Mendes e Almeida (2020), a existência de um instrumento de comunicação poderia agilizar o acesso ao especialista nas situações de maior urgência, além de garantir que a informação chegasse ao outro nível, fato que não ocorre nos casos da referência e contrarreferência conduzidas pelo usuário.

Ademais, Juliiani e Ciampone (1999) consideraram que a atuação do usuário como canal de informação apresenta um caráter perverso, pois ele precisa transmitir a informação mesmo sem acesso ao prontuário ou mesmo sem capacidade de relatar os dados sobre o atendimento dado em outros serviços ou níveis de atenção.

Em muitos casos, o fato do paciente ser colocado como o responsável pelo transporte das informações, ou mesmo do instrumento da contrarreferência, é um dos motivos para o não recebimento pelo médico do nível primário desses documentos ou informações (Mendes & Almeida, 2020).

Para Ribeiro e Cavalcanti (2020), outras situações que comprometem o processo de contrarreferência, além da inexistência ou não preenchimento do instrumento de comunicação, é insuficiência de dados ou mesmo as letras ilegíveis que atravancam a partilha de informações entre os profissionais dos diferentes serviços ou níveis de atenção.

Diante disso, integrar as informações da rede, permitindo melhor comunicação entre a APS e outros serviços, através da permissão de acesso a condutas, resultados de exames e diagnósticos traçados é um dos grandes desafios do SUS (Ribeiro & Cavalcanti, 2020).

A essa discussão atrela-se questões relacionadas a necessidade de referência e as motivações que na APS direcionam a atuação médica no ato de “encaminhar” o paciente ao longo da RAPS, conforme apresentado nas falas a seguir:

A falta de segurança para conseguir dominar o tema, é por isso que eu encaminho para o psiquiatra porque eu não tenho tanta firmeza para realizar diagnóstico etc. e tal (FRANCISCO).

Geralmente eu faço o encaminhamento e uma vez encaminhado só me surge quando os problemas são clínicos... De um modo geral, na nossa unidade a gente faz um acompanhamento quando ele está com situação clínica. A parte do psiquiatra com o caps está com a atuação boa, então, hoje em dia a gente não faz esse acompanhamento, a gente deixa para o caps. Obviamente, quando surgem problemas clínicos, como diarreia, o programa de alterações de diabete, hipertensão, aí nós fazemos acompanhamento (JOÃO).

Ter mais contato com as pessoas que trabalham no CAPS, como eu cheguei a pouco tempo eu queria ter acesso porque muitos chegam lá dizendo que tratam no CAPS, mas não tem um diagnóstico no prontuário, isso me dificulta muito, eu meio que tento adivinhar pela medicação que tomam ou pelo que eles me contam, mas isso é muito ruim porque eu não sei como conduzir direito. Então, eu acho que esse procedimento seria perfeito para eu poder dar seguimento e eu não ter que tá encaminhando tudo para o CAPS (MARIA).

A discussão a respeito da compreensão do ato de “encaminhar” ou referenciar um usuário ao longo da rede de atenção, perpassa conceitos fundamentais como o de Resolutividade da APS, uma vez que a luz da literatura, esse nível de atenção representa o local de primeiro cuidado do usuário, a porta de entrada para o sistema de saúde, onde uma pluralidade de questões adquire soluções, onde a maioria das demandas e necessidades de saúde da população deveriam ser sanadas (Mendes, 2010; Portaria nº2.436, 2017).

Assim, o “encaminhar” se apresenta como resultado da saturação da capacidade resolutiva da APS, onde o médico ao exaurir a complexidade de sua atuação e visando manter a integralidade do cuidado, ativa o sistema de referência e contrarreferência, direcionando o paciente ao longo da rede, a outros serviços e níveis de atenção, a fim de responder de maneira articulada as demandas e necessidade de saúde do usuário.

Nessa perspectiva, ao retomar os excertos das falas dos participantes da pesquisa, percebe-se que o ato médico de “encaminhar” se vincula a uma percepção de insuficiência de conhecimento acerca da saúde mental, culminando no encaminhamento ao especialista devido a insegurança no manejo destes casos a nível da APS, apontando deficiência no processo formativo e não favorecendo a resolutividade e integralidade do cuidado em saúde mental.

Semelhantemente, Rezio et al., (2020) afirmam em seu estudo que o encaminhamento para outro serviço, mesmo em situações que podem e devem ser assistida pela APS, pode estar relacionado ao sentimento de incapacidade para lidar com a demanda de saúde mental ou pode se apresentar como resultado de processos de formação no trabalho, que ocorrem de maneira descontextualizada e distanciada da concepção de cuidado integral.

Para Faria et al., (2020) a Atenção Básica apresenta uma potência para o enfrentamento das demandas de saúde mental, pois mediante a novas práticas e abordagens pode evitar encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados.

Ademais, nos excertos supracitados, o ato médico de “encaminhar” se apresenta como uma transferência de cuidado ao especialista ou aos demais pontos/serviços da RAPS, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). E desse modo, as demandas em saúde mental dos usuários são direcionadas a outros agentes, colocando o médico da APS como responsável especialmente por outras questões clínicas, desvincilhada da perspectiva de saúde mental.

No estudo de Alves et al., (2017), realizado com enfermeiros atuantes na RAPS, o excesso de referência e encaminhamentos também foi destacado, bem como a preocupação com a saúde física, apontando a dificuldade para se cuidar do usuário em sofrimento mental.

Na perspectiva apresentada, o encaminhamento é visto como uma estratégia de cuidado realizado isoladamente, desconsiderando a responsabilidade do serviço pelo usuário e pela integralidade da atenção (Rezio et al., 2020).

Fato que se contrapõem a uma das potências da atuação em rede, que é a corresponsabilização e articulação do cuidado entre os serviços e as pessoas que os constroem. Nesse caso, a função de um serviço que compõe uma rede de cuidados não seria apenas encaminhar ou “dar alta”, mas compartilhar o cuidado de acordo com as necessidades do sujeito, de modo a sempre direcionar as ações da rede a uma concepção de integralidade (Silva & Ferigato, 2020).

No tocante a contrarreferência, o discurso dos participantes deixa transparecer a insatisfação com a sua atuação, conforme o excerto a seguir:

*A contrarreferência é limitada... Limitada ao ato de transcrever uma prescrição iniciada pelo psiquiatra. Alguns profissionais... Eu tento até avaliar os pacientes, mas em muitos casos a gente acaba até transcrevendo a prescrição do psiquiatra sem ao menos nem avaliar diretamente... Ou seja, como requer o modelo da saúde mental, a gente acaba sendo muito mecânico e não avaliando adequadamente e transcrevendo (PEDRO).
Não existe a contrarreferência, não só na psiquiatria como em outras áreas também (PEDRO).*

Assim, o médico da APS em sua atuação no âmbito da saúde mental, se coloca como um reproduzidor das orientações trazidas no ato da contrarreferência, sem a possibilidade de discutir as condutas e medidas de cuidados que foram direcionadas aos pacientes em outros pontos e serviços da RAPS.

Nesse sentido, Alves, Alves e Almeida (2017), destacam em seu estudo a percepção da assistência em saúde mental como atribuição do especialista da área, acompanhada da prática de encaminhamentos e da transcrição de receitas pelo médico da APS.

No estudo de Fegadolli et al. (2019), é apresentada a percepção da APS como um ponto de renovação de receitas provenientes dos psiquiatras, ou de outros profissionais de serviços, como as emergências e pronto-atendimentos, cabendo ao médico da família apenas a renovação dessas condutas.

Esse contexto, caminha na contramão da lógica de atuação em Redes, onde a referência e contrarreferência se vinculam a ideia de compartilhamento do cuidado e de uma postura de corresponsabilização pelo cuidado do paciente/ usuário.

Desse modo, percebe-se que a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência no âmbito RAPS remete também as fragilidades de atuação de seus profissionais, a citar o médico na APS, que vê suas limitações se misturarem aos entraves da rede, distanciando o cuidado em saúde mental da perspectiva de integralidade e resolutividade.

4. Considerações Finais

Diante dos resultados discutidos, sobre a perspectiva dos profissionais médicos, o sistema de referência e contrarreferência apresenta deficiências quanto a sua capacidade de atuação, pois embora seja reconhecido como um mecanismo de diálogo entre os componentes da rede atenção, em especial a RAPS, seu funcionamento não atende as demandas e expectativas no âmbito da saúde mental.

Os entraves enumerados em seu funcionamento perpassam a dificuldade de diálogo entre o médico da APS e o especialista em saúde mental, corroborado pela ineficiência ou inexistência de um veículo ou canal de comunicação, sendo esse papel desempenhado, em algumas ocasiões, pelo próprio paciente, acarretando entraves na atuação, sobre a perspectiva da integralidade e resolutividade.

Todavia, ressalta-se a necessidade de cautela quanto a interpretação dos resultados, tendo em vista as subjetividades inerentes a amostra e ao contexto local, onde a pesquisa foi desenvolvida.

Sugerimos que mais estudos sejam realizados, para a ampliação da discussão, utilizando outros métodos de coleta de dados, a exemplo de grupos focais, de modo a construir uma compreensão mais ampliada quanto a atuação do sistema de referência e contrarreferência no âmbito da saúde mental, incluindo a percepção de outros profissionais integrantes da RAPS, diferente do médico da APS, ou mesmo os próprios usuários.

Referências

- Alves, K. R., Alevs, M. S., & Almeida, C. P. B. (2017). Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento. *Revista de Enferm UFPI*, 6 (2), 4-9.
- Bousquat, A., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Medina, M. G., Martins, C. L., Almeida, P. F., Campos, E. M. S., & Mota, P. H. S. (2019). A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2), e00099118.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brondani, J. E., Leal, F. Z., Potter, C., Silva, R. M., Noal, H. C., & Perrando, M. S. (2016). Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enfermagem*, 21(1), 1-8.
- Daly, J., Kellehear, A. & Gliksman, M. (1997). *The public health researcher: A methodological approach*. Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Faria, P. F. O., Ferigato, S. H., & Lussi, I. A.O. (2020). O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. *Cadernos Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 28(3), 931-949.
- Fegadolli, C., Varela, N. M. D., & Carini, E. L. A. (2019). Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(6), e00097718.
- Gasparini, M. F. V., & Furtado, J. P. (2019). Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde em debate*, 43(120), 30-42.
- Hartz, Z. M. A., & Contandriopoulos, A. P. (2004). Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 331-6.
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 1-11.
- Juliani, C. M., & Ciampone, M. H. T. (1999). Organização do sistema de referenda e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(4), 323-33.
- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874.
- Mendes, E. V. (2010). As Redes de Atenção à Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS.
- Mendes, L. S., & Almeida, P. F. (2020). Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? *Revista de Saúde Pública*, 54(121).
- Moreira, D. J., & Bosí, M. L. M. (2019). Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(2), e290205.
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação, relatório mundial*. Brasília: Autor.
- Pereira, J. S., & Machado, W. C. A. (2016). Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1033-1051.
- Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010). *Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 2010, seção 1*. <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/24023258/pg-88-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-2010>.
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). *Diário Oficial da União de 22 de setembro de 2017, seção 1*. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031>.
- Rezio, L. A., Conciani, M. E., & Queiroz, M. A. (2020). O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 24(17).
- Ribeiro, S. P., & Cavalcante, M. L. T. (2020). Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5), 1799-1808.
- Rodrigues, L. B. B., Silva, P. C. S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. A. ... & Arcêncio, R. A. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 343-352.
- Serra, C. G., & Rodrigues, P. H. A. (2010). Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 3579-86.
- Silva, M. C., & Ferigato, S. H. (2020). Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. *Interface (Botucatu)*, 24(16).
- Vargas, K. D., Misoczky, M. C., & Costa, W. G. A. (2010). A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1399-1418.